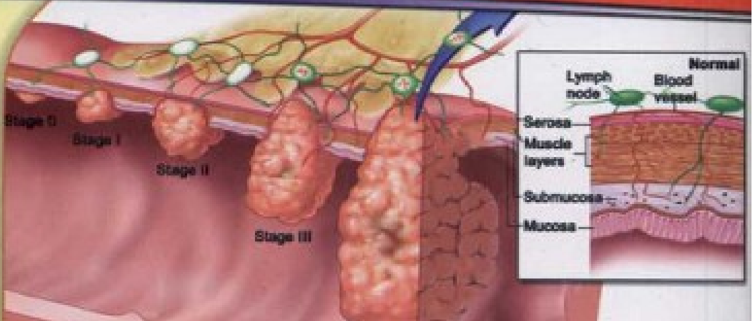
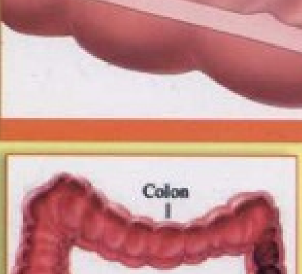
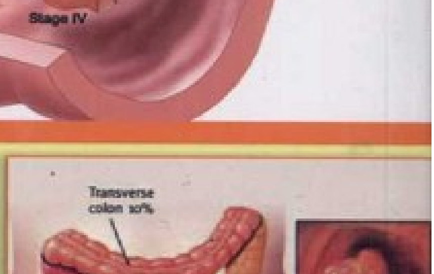
الدليل الكامل لعلاج

القولون العصبي



- التهاب وقرحة القولون
- وقاية وعلاج القولون بالأعشاب
- القولون العصبى و جيوب القولون
- الرعاية الغذائية لمريض القولون





د/ عادل محمد السيد

منتدى سور الأزبكية

WWW.BOOKS4ALL.NET

القولون العصبى

إيهاب كمال

الحريـــة
للنشر والتوزيع
3 ميدان عرابى وسط البلد ـ القاهرة
0123877921 - 5745679

القولون العصبي

اسم الكتاب	القولون العصبى
تأليف	ياسر صلاح
الناشر	الحرية للنشر والتوزيع
	٣ ميدان عرابى وسط البلد ـ القاهرة
	ت: ٢٦١٥٦٤٦ ـ ٥٧٤٥٦٧٩
	م: ١٢٢٣٨٧٧٩٢١
رقم الإيداع	٢٠٠٦/٢٠٠٧

حقوق الطبع محفوظة للناشر

الحرية

للنشر والتوزيع

المقدمـة

مع الحياة المعاصرة. أو الحياة الحديثة كما يحلو للبعض أن يسميها. كثر القلق والتوتر. كما كثر التنافس فى كل المجالات. سواء فى العمل أو كسب لقمة العيش أو العلم علاو على ما يواجهنا من مشكلات وأزمات فى حياتنا اليومية، بما يسمى ضغوط الحياة. مع الطموح لمستوى معيشى أفضل. مما جعل الإنسان يعيش متوترا باستمرار الأمر الذى أدى إلى إنتشار بعض الأمراض، ومنها القولون العصبى الذى يعد من أهم أمراض الجهاز الهضمى واسعة الإنتشار.

القولون العصبى المتوتر. له مجموعة من الظواهر والأعراض. مألوفة الحدوث. وأخرى غير مألوفة فالظواهر مألوفة الحدوث مثل: عسر الهضم وانتفاخ البطن. والغثيان وتقلصات البطن. وحدوث إمساك أو إسهال. وفقدان الشهية. ويحدث معظمها فى الصباح، وتتحسن أثناء النهار، ونادرا ما توقظ المريض من النوم.

أما الظواهر غير مألوفة الحدوث فهى الصداع والإحساس بضربات القلب. والدوخة والدوار. وحدوث قشعريرة (رعشة).. وتعكس هذه الظواهر زيادة نشاط الجهاز العصبى (السمبتاوى) اللاإرادى.

الأسباب

١ - إستمرار التوتر العصبى وخصوصاً الضغوط الإنفعالية.

٢ - عدم الإنتظام فى تناول الوجبات الغذائية.

٣ - عدم الإنتظام فى مواعيد التبرز التى تعود عليها.

٤ - إستخدام الملينات، والحقن الشرجية بكثرة.

التشخيص

ويعتمد على أسس مهمة تتمثل فى معرفة التاريخ المرضى، والفحص الإكلينيكى. وعمل بعض التحليلات المعملية والفحص بالمنظار القولونى. وكذلك فحص البراز ميكروسكوبيا.

وهناك بعض الأمراض تتشابه فى أعراضها مع القولون العصبى منها الإلتهابات البكتيرية أو الفطرية، أو الطفيلية للقولون. وكذلك إلتهابات القولون المزمن غير معروف السبب.

لذا يجب إستبعاد هذه الأمراض العضوية عند تشخيص القولون العصبى، مع الأخذ فى الإعتبار أن أى حالة مرضية يصاحبها ألم. قد تظهر على صورة أعراض القولون العضبى. قبل ظهور الصورة المميزة للمرض الأساسى وخصوصا أمراض الجهاز البولى.

الوقاية

وتتمثل فى الإيمان، ومزاولة الصلاة بحركاتها التى تساعد على الهضم والتخلص من الغازات والفضلات ونحن فيما سيأتى من صفحات سنفصل للقارئ الكريم.. موضوع القولون العصبى وكيفية العلاج والوقاية.

❀ ❀ ❀

أ ـ الصفة التشريحية
للجهاز الهضمى والقولون
ب ـ الإمساك

وصف الجهاز الهضمى

الجهاز الهضمى عبارة عن قناة عضلية مجوفة تبدأ بالفم وتنتهى بفتحة الشرج. ويختلف قطر هذه القناة بين الضيق والإتساع. وينقسم الجهاز الهضمى إلى أجزاء مختلفة: المرىء، والمعدة، والأمعاء الدقيقة، والقولون والمستقيم. ولكل جزء من القناة الهضمية إفرازات تتناسب مع دوره فى عملية الهضم، كما أن له نمطه الحركى الخاص به والذى يميزه. ويفصل كل جزء عن الجزء الآخر ما يعرف بالصمامات العضلية، التى تنبسط وتنقبض فى الوقت المناسب، وبالقدر المناسب، لتدفع الطعام المهضوم وغير المهضوم بالكمية المناسبة ـ حسب حجم جزيئاته ونوع مكوناته ـ فى الاتجاه الصحيح.

جدار الجهاز الهضمى وطبقاته

على الرغم من أن التركيب التشريحى لجدار القناة الهضمية بأجزائها المختلفة واحد فى أساسه، حيث يتكون من أربع طبقات رئيسية؟ فإن سمك كل طبقة من هذه الطبقات وترتيب أنسجتها وشكل ووظيفة كل خلية من خلاياها تختلف حسب اختلاف كل جزء من الأجزاء سالفة الذكر. والطبقات الأربع هى من الداخل إلى الخارج:

- **الطبقة المبطنة (الغشاء المخاطى):** أهم ما يميز هذه الطبقة احتواؤها على الغدد والخلايا ذات الإفرازات والوظائف المتعددة اللازمة لعملية الهضم، وتنظيم عملية الامتصاص، كما تقوم بإفراز المخاط الذى يؤدى دوراً مهماً فى حماية القناة الهضمية.

- **الطبقة تحت المخاطية:** وتتكون من نسيج من الألياف الرابطة المطاطة، وتحتوى على شبكة من الخلايا والعقد والألياف العصبية تعرف باسم «شبكة مايسنر» تحت المخاطية، وسوف نبين أهميتها فيما بعد. كما تحتوى على طبقة رقيقة من الألياف العضلية تعرف «بالطبقة العضلية للغشاء المخاطى».

• الطبقة العضلية

وهى تتكون بدورها من طبقتين:

• طبقة عضلية دائرية داخلية.

• طبقة عضلية طولية تحيط بالطبقة الدائرية من الجهة الخارجية. وتفصل بين الطبقتين العضليتين سالفتى الذكر، شبكة أخرى من الخلايا والألياف والعقد العصبية، تعرف «بشبكة ماينتريك» وتلعب مع «شبكة مايسنر» دوراً حاسماً فى تنظيم وظائف الجهاز الهضمى وعلى رأسها عمليتا الإفراز والحركة.

• **الطبقة الخارجية:** وتتكون من نسيج من الألياف الرابطة المطاطة التى يغلفها الغشاء البريتونى الرقيق، فى جميع أجزاء الجهاز الهضمى تقريباً، وتمر فى هذه الطبقة الأوعية الدموية والليمفاوية المختلفة التى تغذى الأمعاء وتحمل نواتج الهضم، وتخترقها وتنتشر بها الألياف العصبية التى تصل الأمعاء بالجهاز العصبى المركزى.

الجهاز العصبى المعوى..

يرجع الانضباط الكامل والدقة المتناهية فى أداء الجهاز الهضمى لوظيفته والتنسيق والانسجام بين أجزائه المختلفة لما يعرف «بالجهاز العصبى المعوى» أو «مخ الأمعاء». وهو يتكون من خلايا وألياف وعقد عصبية تنتشر بأعداد لم يكن يتصورها العقل قبل اكتشافها، حيث قدر العلماء عددها بالملايين. وهى تتمركز فى الشبكتين العصبيتين الرئيسيتين: شبكة مايسنر تحت المخاطية وشبكة ماينتريك التى توجد بين الطبقة العضلية الدائرية والطبقة العضلية الطولية.

وتقوم الخلايا العصبية فى هاتين الشبكتين بوظيفتها عن طريق إفراز مواد كيميائية وهرمونية مختلفة ذات تأثير قد يكون مباشراً على خلايا أخرى مجاورة أو غير مباشر، حيث تنتقل هذه المواد إلى مسافات بعيدة عن طريق الدم.

(أ) تشابك مباشر بين خليتين.

(ب) انتقال هرمونى عن قرب.

(ج) انتقال هرمونى عن بعد عن طريق الدم.

وقد أمكن التعرف على العديد من هذه المواد الكيميائية والهرمونية حتى الآن وسميت بأسماء مختلفة ـ كل حسب ما يترتب على تأثيره الوظيفى. وهناك الكثير من هذه المواد مما لم يكتشف بعد، ولكل من هذه المواد الكيميائية والهرمونية مستقبلات خاصة بها تنتشر فى الخلايا التى تقوم بعمليات الإفراز أو الامتصاص أو فى الألياف العضلية التى تقوم بالانقباض والانبساط.

وتتأثر هذه المستقبلات بما تمليه عليها هذه المواد الكيميائية من تأثيرات قد تكون منشطة أو مثبطة، ومن ثم، فهناك دقة متناهية فى الكيفية التى يتم بها التحكم فى الإفرازات الهضمية المختلفة وعملية الامتصاص والحركة الدقيقة والمنتظمة، بما يضمن سلامة وكفاءة عملية الهضم فى مراحلها المختلفة ومن جميع أوجهها.

وجدير بالذكر أنه من خلال التعرف على هذه العمليات البيولوجية، تمكن العلماء من اكتشاف بعض العقاقير التى تستخدم بنجاح فى علاج بعض أمراض الجهاز الهضمى وأغراضها الشائعة بين الناس. فهناك العقاقير المستخدمة فى علاج القرحة الهضمية والتى تعمل من خلال التأثير على المستقبلات الموجودة فى خلايا إفراز الحامض بالمعدة فتثبطها، مثل عقار «الرانيتدين» وعقار «الأوميبرازول». وهناك العقاقير المستخدمة لتنظيم حركة المعدة والتى تساعد على الإقلال من الشعور بالغثيان والامتلاء بعد الأكل مثل عقار «الدومبيريدون» و«الميتوكلوبراميد».

كما اكتشف حديثاً عقار «التيجاسيرود» الذى يعمل من خلال التأثير على بعض المستقبلات فى الألياف العضلية بالأمعاء، والتى تعرف بمستقبلات «السيروتونين». ويؤدى هذا العقار إلى زيادة حركة الأمعاء مما يساعد مرضى القولون العصبى الذى يصاحبه الإمساك والشعور بالانتفاخ على التخلص من هذه الأعراض. وهناك عقاقير أخرى تقلل من حركة الأمعاء فى حالات الإسهال الشديد مثل عقار «اللوبيراميد».

الجهاز العصبى المركزى
وعلاقته بالجهاز العصبى المعوى

لا يعمل الجهاز العصبى المعوى بمعزل عن تأثير المخ، بل إن التنسيق بينهما يعتبر أمراً ضرورياً وأساسياً ومهماً، وهو يتم عن طريق ما يعرفه العلماء «بالمحور بين المخ والأمعاء».

إذ تنتقل المعلومات عن طريق هذا المحور ذهاباً وإياباً، ويتم فى أثناء ذلك إصدار التعليمات فى كل ما يهم عملية تناول الطعام والشراب وعمليتى الهضم والإخراج.

والجهاز العصبى للإنسان كما هو معروف له شقان:

١ ـ **الشق اللاإرادى:** ويتمثل فى مراكزه الموجودة فى جذع المخ، وهو يؤثر على الجهاز الهضمى مثلما يؤثر على جميع أعضاء الجسم. وقد يبدو أن كلا من التأثيرين متناقض مع الآخر ولكنهما فى الحقيقة يعملان معاً فى تنسيق وتكامل.

الجهاز السيمبثاوى: ويصل تأثيره من مراكزه فى جذع المخ إلى القناة الهضمية عن طريق الأعصاب السيمبثاوية التى تخرج من عقد بجوار النخاع الشوكى.

الجهاز الباراسيمبثاوى: ويصل تأثيره من مراكزه الموجودة فى قاع المخ أيضاً إلى القناة الهضمية عن طريق العصب المعروف «بالعصب الحائر»، والذى تصل أليافه إلى الكثير من أحشاء الجسم الأخرى، ومن هنا كانت تسميته بالحائر، ويقوم العصب الحائر أيضاً بنقل الإحساسات المختلفة عما يدور بالقناة الهضمية أو ما يؤثر فيها، وتصل عن طريقه إلى المخ فى اتجاه آخر عكسى. وهذه العلاقة الوطيدة بين مخ الإنسان وأمعائه لها أهميتها أيضاً فى تفهم الكثير من مشكلات الجهاز الهضمى وأعراضها وكيفية علاجها.

وكانت مضادات «الاسيتيل كولين» التى تقلل من تأثير الجهاز الباراسيمبثاوى، بما يرسله من إشارات بواسطة العصب الحائر، تستعمل فى علاج القرحة الهضمية، ومازالت هذه العقاقير تستخدم فى علاج تقلصات البطن وإقلال حركة الأمعاء.

٢ ـ **الشق الإرادى: يقتصر وجوده على منطقتين:**

- الفم والحلق والجزء الأعلى من المرئ، وهى تتحكم فى عملية البلع.
- العضلة العاصرة الخارجية للشرج ونهاية المستقيم، وهى مسئولة عن التحكم الإرادى فى عملية التبرز والإخراج.

ولا يقتصر دور الجهاز العصبى الإرادى على التحكم إرادياً فى عمليتى البلع والتبرز، ولكن هناك أيضاً الكثير مما يؤثر فى عملية الهضم من خلال جميع حواس

الجسم. فهناك ما تراه العين، وما تسمعه الأذن، وتشمه الأنف، ويتذوقه اللسان - كل ذلك له تأثير على عملية الهضم وانضباطها.

كما ثبت أن الأدوية المستخدمة فى علاج القلق والتوتر العصبى لها تأثيرات إيجابية فى علاج بعض أمراض القناة الهضمية.

لقد أردنا من هذه المقدمة أن نوضح أن تناول الإنسان لطعامه وشرابه وعمليتى الهضم والتخلص من الفضلات تتم من خلال عمليات بيولوجية غاية فى الدقة والتعقيد.

وأردنا أيضاً أن نعد القارئ لتفهم الكثير من أعراض أمراض القولون الشائعة بين الناس وكيفية حدوثها وكيفية تلافيها، وما يحتاج من هذه الأعراض لاستشارة الأطباء المتخصصين وأهمية تقبل ما يطلبونه من فحص.

❀ ❀ ❀

القولون: وصفه التشريحى ووظائفه

تمهيد...

الوصف التشريحى لأى عضو من أعضاء الجسم، والفهم الجيد لكيفية أداء هذا العضو وظيفته، هو المدخل الرئيسى لفهم طبيعة الأمراض، وكيفية حدوث الأعراض، حينما يكون هناك خلل تشريحى أو وظيفى فى هذا العضو.

ولما كان القولون جزءاً من الجهاز الهضمى، فقد رأيت أنه من الأفضل للقارئ (قبل أن أخص القولون بالوصف والشرح)، أن أقدم وصفاً مبسطاً للجهاز الهضمى عامة، وأشرح كيف يؤدى هذا الجهاز المهم من أجهزة الجسم وظائفه المختلفة أداء محكما وكيفية التنسيق الكامل بين كل جزء من أجزائه، والتعاون بينه وبين أجهزة الجسم الأخرى. كل هذا تحت سيطرة وهيمنة مخ الإنسان، وهو ما يضمن فى النهاية سلامة وكفاءة وانضباط واحدة من أهم العمليات الحيوية التى تجرى داخل أجسام البشر، بما يكفل لهم العيش فى صحة وعافية مستمتعين بما سخره الله سبحانه وتعالى لهم من خيرات على الأرض.

أجزاء القولون

القولون هو آخر أجزاء القناة الهضمية، وهو ينتهى بالمستقيم الذى يؤدى إلى فتحة الشرج. وهو عبارة عن قناة يبلغ طولها نحو متر ونصف المتر تحيط بالأمعاء الدقيقة كالإطار وتتعرج وتنحنى داخل البطن بدرجة أكبر كثيراً حتى مما يظهر فى الرسوم التوضيحية، ويتكون القولون من الأجزاء التالية:

١ ـ **الأعور:** وبه جيب متسع يفتح فيه اللفائفى (آخر جزء من الأمعاء الدقيقة) والقولون الصاعد والزائدة الدودية.

٢ ـ **القولون الصاعد:** ويتجه إلى أعلى على الجانب الأيمن من تجويف البطن

ليفتح فى القولون المستعرض عند منحنى يقع أسفل الفص الأيمن للكبد، ويعرف بالمنحنى الكبدى.

٣ ـ **القولون المستعرض:** ويصل القولون الصاعد بالقولون النازل عند منحنى آخر يعرف بالمنحنى الطحالى، ويقع أعلى البطن من الجهة اليسرى حيث توجد غدة الطحال.

٤ ـ **القولون النازل:** ويتجه على الجانب الأيسر من البطن ليفتح فى القولون الحوضى.

٥ ـ **القولون الحوضى:** وهو على شكل حرف الهجاء الإنجليزى "S"، ولذا فهو يعرف أيضاً بالقولون السينى.

٦ ـ **المستقيم:** وهو آخر جزء من القولون: ويتصل بفتحة الشرج عن طريق قناة قصيرة تعرف بقناة الشرج.

علاقات القولون بأجزاء البطن المختلفة والتشابه فى أعراض الأمراض

يجاور القولون فى تعرجه وانحنائه معظم أحشاء البطن، فالقولون الصاعد يمر أمام الكلى اليمنى، والمنحنى الكبدى يجاور الكبد والحوصلة المرارية. والقولون المستعرض يجاور المعدة والاثنا عشرى وغدة البنكرياس، والمنحنى الطحالى يجاور غدة الطحال، والقولون النازل يمر بجانب الكلى اليسرى، والقولون الحوضى أو السينى يجاور المثانة ويجاور الجهاز التناسلى فى المرأة.

وهذه العلاقة بين القولون وأحشاء البطن المختلفة قد تؤدى إلى التشابه فى أعراض الأمراض التى يشكو منها المريض، ولذلك ينصح المريض بالتدقيق فى التعبير عن الأعراض التى يعانى منها من جانب، كما يتطلب ذلك حسن الاستماع وجودة التحليل بواسطة الطبيب على الجانب الآخر.

التركيب التشريحى لجدار القولون

يتسم التركيب التشريحى لجدار القولون بأن أساسه واحد، فهو كما فى كل أجزاء القناة الهضمية ـ يتكون من أربع طبقات، ولكن مع وجود اختلافات تهيئ القولون للقيام بوظيفته على الوجه الأكمل كما ذكر من قبل.

١ ـ **الغشاء المخاطى للقولون:** ويتميز بأنه أملس ولا توجد به خملات ـ وإن كان به العديد من «النقر» (الحفر) التى تزيد فى مساحة سطحه وقدرته على الامتصاص. كما يوجد بالغشاء المخاطى أيضاً العديد من الثنيات الناتجة عن حدوث الانقباضات البطيئة والمتلاحقة فى الطبقة العضلية الدائرية ـ كما سيتم شرحه فيما بعد.

٢ ـ **الطبقة العضلية الطولية للقولون:** لها أيضاً شكل مميز. ففى حين أنها طبقة كاملة تغلف كل أجزاء القناة الهضمية، فإننا نجدها فى القولون مختزلة إلى ثلاثة شرائط تمر من نهاية الأمعاء الدقيقة وحتى المستقيم. ولا يوجد بين هذه الشرائط الثلاثة أى نسيج عضلى طولى. ثم تعود هذه الشرائط لتنفرج وتلتحم لتكون طبقة كاملة تغلف المستقيم لتدعم انقباضات هذا الجزء الأخير من القناة الهضمية، حيث يمثل ذلك أمراً أساسياً فى عملية الإخراج.

ويخترق جدار القولون أوعية دموية صغيرة وشرينات (شرايين صغيرة) ووريدات (أوردة صغيرة) تلازمها أوعية ليمفاوية وألياف عصبية، لينفذوا جميعاً إلى الطبقات الداخلية للقولون. ويكون ذلك فى المسافات الموجودة بين شرائط العضلات الطولية الثلاثة، ويعتقد العلماء أن أماكن اختراق هذه الأوعية الدموية الصغيرة تشكل أماكن ضعف فى جدار القولون، وقد يترتب عليها أحياناً تكوّن بعض الجيوب ـ كما سوف نذكر فيما بعد.

وظيفة القولون وحركيته

الوظيفة الأساسية للقولون هى أنه يمتص الماء والأملاح من «الكيموس»: وهى المادة شبه السائلة التى يتحول إليها الطعام بعد هضمه، حيث ينتقل من الأمعاء الدقيقة إلى القولون عبر صمام موجود بينهما. وبعد امتصاص الماء والأملاح يقوم القولون بتخزين الفضلات بصفة مؤقتة حتى تتم عملية الإخراج.

ولتحقيق الأداء الأمثل لهاتين الوظيفتين، فإنه إلى جانب الغشاء المخاطى المهيأ للامتصاص بنقره وثناياه، تقوم الطبقة العضلية للقولون بنوعين من الحركة:

- **الحركة الأولى:**

وهى حركة حلقية تنتج عن حدوث انقباضات بطيئة ومتلاحقة من الطبقة العضلية الدائرية يختلف موضعها بصفة مستمرة، ولا يدوم أى منها لمدة تزيد على اثنتى عشرة ثانية. وتلعب هذه الحركة الحلقية دوراً أساسياً فى عملية الامتصاص التى يقوم بها القولون، فهى تؤدى إلى تكوّن العديد من الثنيات فى الغشاء المخاطى مما يزيد من مساحة سطحه، كما تقوم بخلط وطحن محتويات القولون حيث يؤدى ذلك إلى تعرضها المباشر للغشاء المخاطى المبطن، فيساعد على تحسين كفاءة امتصاص الماء والأملاح. وهذه الانقباضات الحلقيه هى التى تعطى للقولون شكله المميز. وقد شبهه بعض العلماء بحبل معلق به وحدات من البصل كالذى تضعه السيدات فى شرفات المنازل حتى يجف. ويظهر ذلك واضحاً فى بعض صور الأشعة السينية، ويزداد ذلك وضوحاً لدى مرضى القولون العصبى.

- **الحركة الثانية:**

وتتم فى جدار القولون ولكنها مختلفة تماماً، وتقوم بها الطبقة العضلية الدائرية أيضاً، وفيها تنقبض العضلات الدائرية الموجودة بجزء كبير من القولون. وفى نفس اللحظة التى تتم فيها الحركة الانقباضية بهذا الجزء، يكون الجزء الذى يليه فى حالة استرخاء مسبق. ويترتب على ذلك انتقال محتويات القولون فى اتجاه المستقيم والشرج. وعندما يحدث هذا النوع من الانقباض فى القولون الحوضى أو السينى، فإنه يعطى الشعور بالرغبة فى التبرز، وهذه الرغبة ـ والتى تسمى أيضاً بالنداء التلقائى للتبرز ـ من الممكن إجهاضها إرادياً.

ويتكرر هذا النوع من الحركات لعدد قليل من المرات فى خلال الأربع والعشرين ساعة. وكثيراً ما يحدث ذلك بعد تناول وجبات الطعام، وهو الذى يؤدى بكثير من الناس للشعور بالرغبة فى التبرز بعد الأكل.

دور المستقيم

للمستقيم دور خاص ومميز، فشبكاته العصبية على اتصال دائم بالمخ وتنقل إليه أولاً بأول ما يتم بداخله من أحداث. ويكون المستقيم خالياً تماماً من أى نوع من الفضلات فى معظم الأوقات.

وعندما يصل إليه أى من هذه الفضلات، فإنه يستطيع أن يقدر حجمها كما يستطيع أيضاً أن يتعرف على طبيعة مكوناتها ـ صلبة كانت أو سائلة أو غازية. ويترتب على ذلك تولد شعور بالرغبة فى التبرز أو فى إخراج الغازات. ويختلف حجم هذا الشعور باختلاف حجم ما يصل إلى المستقيم. وحينما يحدث هذا النداء التلقائى، فإما أن تتم عملية الإخراج إذا كانت الظروف ملائمة لذلك، أو أن يتم إجهاض هذا النداء التلقائى إرادياً. وفى هذه الحالة الأخيرة، فإن هذه المحتويات تعود أدراجها إلى القولون السينى لتتكرر هذه العملية السابقة مرة أخرى. وجدير بالذكر هنا أن تكرار إجهاض النداء التلقائى للتبرز هو أولى الخطوات التى تؤدى إلى المعاناة من الإمساك.

وتلعب حركة القولون وحركيته ـ انقباضاته وانبساطاته، نشيطة كانت أو خاملة ـ دوراً أساسياً، ليس فقط فى كفاءة عمليتى الهضم والإخراج، ولكن أيضاً فى تفسير أسباب حدوث الكثير من الأعراض الشائعة بين الناس.

فالإمساك والإسهال وآلام البطن والشعور بالامتلاء والانتفاخ ـ كلها من الأعراض الشائعة، التى يكون السبب الكامن وراءها هو حدوث خلل فى حركة القولون، وسنذكر ذلك بالتفصيل فى حينه.

❀ ❀ ❀

الإمســاك

فى قديم العصور، كان هناك اعتقاد سائد بأن المرض يبدأ من القولون. وهذا الاعتقاد مازال ثابتاً حتى يومنا هذا إلى حد كبير. فعدم التخلص الجيد من الفضلات الموجودة فى جسم الإنسان يؤدى إلى تداعيات خطيرة على صحته.

وتقول بعض الإحصاءات التى أجريت فى الولايات المتحدة الأمريكية إن عدد المصابين بالإمساك فى المجتمع الأمريكى يزيد على أربعة ملايين من البشر، مما يكلف الخزانة الأمريكية ما يزيد على الثمانمائة مليون من الدولارات سنوياً، ثمناً للتردد على الأطباء والمستشفيات وإجراء الفحوص ومبيعات الأدوية الملينة والمسهلة.

والإمساك أحد الأعراض المنتشرة بين الناس، وهو ليس مرضاً فى حد ذاته: وهذا ما يجب أن نوضحه للقارئ وأن نرشده إلى بعض الأعراض الأخرى التى تصاحب الإمساك، والتى تساعد على التشخيص الجيد للمرض حتى لا يكون هناك إهمال قد يؤدى فيما بعد إلى حدوث بعض العواقب غير المحمودة.

تعريف الإمساك

ما هو الإمساك؟

تعريف الإمساك قد يختلف من شخص إلى آخر:

- فيعتبر البعض أنه يتمثل فى قلة عدد مرات التبرز.
- والبعض الآخر يعتقد أنه قلة فى كمية البراز.
- وكثيرون من الناس يفترضون أنه زيادة فى صلابة المواد البرازية.
- وأخرون يعتبرونه الإحساس بعدم التفريغ الكامل للأمعاء والاضطرار «للحزق

ولكن التعريف العلمى الطبى للإمساك هو:

- نقص عدد مرات التبرز إلى أقل من مرة على الأقل كل يومين.
- نقص وزن كمية الإخراج اليومى للمواد البرازية عن مائة جرام (وهذا ما يحدده المختصون).

آليات حدوث الإمساك

تتمثل آلية حدوث الإمساك فى معظم الأحيان فى البطء فى انتقال محتويات القولون إلى المستقيم، نظراً لوجود خلل فى حركية عضلاته أو تكاسل فى دفع المستقيم لمحتوياته.

ويرجع تكاسل وبطء حركية القولون والمستقيم إلى عدة أسباب:

أولاً: أسباب وظيفية يلعب فيها نمط الحياة ونوع الطعام دوراً أساسياً، وهذا السبب هو الأكثر شيوعاً على الإطلاق.

ثانياً: وجود مرض عام يؤدى إلى بطء حركة الأمعاء.

ثالثاً: استخدام العقاقير الطبية التى قد يكون لها أثر سلبى على حركة الأمعاء.

رابعاً: وجود مرض عضوى فى القولون ذاته يؤدى إلى بطء حركته.

خامساً: فى بعض الأحيان قد يكون السبب فى الإمساك هو انسداد القولون نتيجة وجود ورم بجداره أو انحشار مواد برازية صلبة داخله، مثلما يحدث أحياناً فى كبار السن وفى الأطفال.

كما يحدث أحياناً التواء فى القولون، أو اختناق نتيجة لوجود فتق بالبطن. وقد يصاحب الإمساك بعض أمراض الشرج المؤلمة مثل الناسور والشرخ الشرجى والخراج أو وجود ضيق بالقولون أو بفتحة الشرج ناتج عن تدخل جراحى سابق.

وفيما يلى نعرض لهذه الآليات بمزيد من التفصيل:

أولاً: الإمساك الوظيفى

وهو أكثر أسباب الإمساك شيوعاً على الإطلاق، وهذا هو ما حدا بالعلماء فى مجال الجهاز الهضمى لوضع بعض المحددات التى تميز هذا النوع الشائع من

الإمساك عن غيره من الأسباب، مما يوفر لكل من المريض والطبيب وسرعة الوصول إلى التشخيص السليم دون اللجوء إلى الكثير من الفحوص، الأمر الذى يوفر كثيراً من الجهد والمال.

وتتمثل هذه المحددات فى شكوى المريض من عرضين أو أكثر، من الأعراض التى سوف يأتى ذكرها، لمدة ثلاثة أشهر ـ إما متتالية أو متقطعة ـ فى خلال العام المنصرم على الأقل، على أن نكون الشكوى بنسبة خمس وعشرين بالمائة (أى الربع) من عدد المرات التى يذهب فيها المريض لقضاء حاجته.

الأعراض...

- الحزق.
- إخراج قطع برازية صلبة تشبه «زبل» الغنم أو «بعر» الإبل.
- الإحساس بعدم التفريغ الكامل للأمعاء.
- الإحساس بوجود انسداد فى المستقيم والشرج.
- استخدام اليد لإخراج قطع البراز.

وقد وجد إحصائياً أن فهم هذه النقاط بواسطة المريض وتحليلها بواسطة المريض والطبيب على السواء، يساعد كثيراً فى سرعة التشخيص وتلافى الأخطاء، وسهولة وصف العلاج.

الأسباب...

تلعب الألياف النباتية دوراً مهماً فى حدوث الإمساك الوظيفى؛ إذ يتبع بعض الناس فى حياتهم اليومية بعض العادات الخاطئة التى تؤدى إلى الإمساك. وأهم هذه العادات على الإطلاق: عدم تناول الألياف النباتية بالقدر الكافى فى وجباتهم. فالثابت تماماً أن حركة القولون والمستقيم تتناسب طردياً مع حجم ما به من فضلات، وهذا هو الدور الأساسى للألياف. فهى مكونة من مادة السيلولوز التى لا تتأثر بالعصارة الهضمية فى جسم الإنسان وتصل إلى القولون دون تحلل. يضاف إلى ذلك الشبق الشديد لهذه الألياف لامتصاص الماء مما يزيد من حجمها وليونتها.

وعلاوة على ذلك، فقد وجد أن البكتيريا الموجودة بشكل طبيعى فى القولون تقوم بتكسير المواد السكرية المعقدة الموجودة بالألياف النباتية إلى مواد سكرية ثنائية يكون لها تأثير أسموزى داخل القولون، مما يؤدى إلى بطء امتصاصه للماء أو نشع الماء من غشائه المخاطى، حيث يفضى ذلك إلى حدوث لين أكيد فى المواد البرازية.

وعلى ذلك، فإن من أسوأ العادات التى تؤدى إلى حدوث الإمساك: تناول الخبز الخالى من النخالة أو الردة (الدقيق الفاخر) والأطعمة الخالية من الخضراوات ـ الطازج منها والمطبوخ ـ وقلة تناول الفاكهة.

عادات أخرى تؤدى للإمساك الوظيفى

- قلة تناول الماء والسوائل الأخرى.
- التكاسل وكثرة النوم والاسترخاء بالفراش لساعات طويلة وعدم القيام بأى نشاط رياضى منتظم ـ كل ذلك يؤدى لتكاسل عضلات القولون.
- عدم تلبية النداء الطبيعى والتلقائى للتبرز فى حينه، مما يترتب عليه تكيف المستقيم وعدم تجاوبه بالانقباض عند وصول المواد البرازية إليه فيما بعد.

والإمساك الوظيفى أكثر شيوعاً فى النساء عنه فى الرجال، فهو يحدث بصفة تكاد تكون عامة فى النساء الحوامل، وفى فترة ما بعد الوضع، وأثناء الدورة الشهرية، وأثناء استخدام أقراص منع الحمل.

وهو أيضاً أكثر شيوعاً بين كبار السن من الرجال والنساء على السواء، وترجع أسباب ذلك غالباً إلى قلة الحركة وارتخاء العضلات والتكاسل وعدم مزاولة أى نشاط رياضى.

وهذا هو ما يحدث أيضاً عند الاضطرار لملازمة الفراش لمدة طويلة، مثلما يحدث بعد إجراء عمليات جراحية كبرى أو للمصابين بالكسور والحمى ومرضى الشلل.

وفى الأطفال، قد يؤدى الخجل والاضطرابات النفسية إلى الإصابة بهذا النوع من الإمساك.

ثانياً: الأمراض العامة المسببة للإمساك

الأمراض العامة التى تؤدى إلى الإمساك الناتج عن الخلل فى حركية القولون:

- أمراض تصيب الأعصاب التى تتحكم فى حركة القولون بالضمور، ومثال لذلك:
- مرض السكر.
- مرض الشلل الرعاش «داء باركنسون».
- الكسور والإصابات بالنخاع الشوكى.
- مرض «هيرشسبرونج»، وهو مرض نادر تضمر فيه الشبكات العصبية فى جدار القولون، مما يؤدى إلى تكاسله وترهله وتضخمه.
- حدوث خلل فى وظائف بعض الغدد الصماء ونقص فى إفراز بعض الهرمونات، مما يؤدى إلى بطء فى حركة القولون.
- نقص إفراز الغدة الدرقية، وهو شائع الحدوث إلى حد ما.
- نقص إفراز الغدة النخامية.
- ارتفاع نسبة الكالسيوم بالدم.
- الفشل الكلوى.

ثالثاً: الإمساك والعقاقير المتداولة

هناك الكثير من العقاقير التى يتناولها الناس لعلاج الكثير من الأمراض الشائعة، وتكون هى السبب الرئيسى لحدوث الإمساك الناتج عن تكاسل حركة القولون.

ومن أشهر هذه العقاقير:

- أملاح الكالسيوم.
- أملاح الألومنيوم.

وهذه الأملاح تدخل فى تركيب كثير من العقاقير التى تستخدم لعلاج حموضة المعدة والارتجاع الحامضى.

- أملاح البزموت.
- مركبات الحديد.
- مضادات «الاسيتيل كولين» التى تستخدم بكثرة لعلاج التقلصات والأمغاص، وهى شائعة الاستعمال لاسيما لعلاج آلام المعدة والأمعاء والقولون والمغص الكلوى والمغص المرارى وآلام الدورة الشهرية عند النساء.
- أدوية علاج الصرع.
- أدوية علاج ارتفاع ضغط الدم.
- الأدوية المستعملة لعلاج الشلل الرعاش.
- بعض مدرات البول.
- الأفيون ومشتقاته.
- بعض الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب النفسى.

رابعاً: الإمساك وأمراض القولون الذاتية

سوف يتم تناول هذه الأمراض بالشرح تباعاً، ولعل أكثرها شيوعاً هى:

- القولون العصبى.
- القولون المصاب بالجيوب.
- قد تؤدى بعض أنواع أورام القولون فى مراحل معينة من الإصابة إلى الانسداد والإمساك.
- تؤدى بعض أمراض القولون الناتجة عن وجود نقص فى الخلايا والعقد العصبية بجدار القولون إلى قلة حركته فيطلق عليه «القولون البطىء».

أجراس الخطر

ذكرنا من قبل أن الإمساك من أكثر الأعراض شيوعاً بين الناس من جميع المستويات وفى جميع الأعمار، وذكرنا أيضاً أسبابه الشائعة والعقاقير التى من الممكن أن تؤدى إلى حدوثه، ولكننا نود أن نشير هنا إلى بعض الأعراض التى تصاحب

الإمساك، والتى يجب على المريض أو الطبيب سواء بسواء ان يعتبروا كلا منهما جرس إنذار يجب عنده التوقف والاهتمام. وحينئذٍ ينبغى على المريض أن يقوم فوراً باستشارة الطبيب، وعلى الطبيب أيضاً أن يقوم بطلب إجراء ما يلزم من الفحوصات.

الأعراض...

- ظهور الإمساك فى خلال فترة زمنية وجيزة وبدون مبررات، مثل حدوث تغيير فى نظام الطعام أو فى نمط الحياة أو تناول بعض العقاقير.
- الإمساك فى كبار السن خصوصاً بعد سن الخامسة والأربعين.
- الإمساك الذى يصاحبه وجود دم بالبراز.
- الإمساك الذى يصاحبه فقدان للشهية أو نقص فى الوزن.
- الإمساك الذى يظهر معه الشحوب وفقر الدم.
- الإمساك الذى يصاحبه ارتفاع طفيف فى درجة الحرارة.
- اكتشاف دم مختلف بالبراز عند تحليله.

وقد يكون المريض مصاباً أصلاً بالإمساك الوظيفى، وهنا فإن ظهور أى من الأعراض سالفة الذكر يتطلب منه المبادرة باستشارة طبيبه دون تراخ أو تأخير

التشخيص

يعد تشخيص أسباب الإمساك العضوية فى معظم الأحيان أمراً يسيراً بتطلب إجراء بعض الفحوص البسيطة. فبعد الاستماع الجيد والفحص السريرى الدقيق، قد يلجأ الطبيب إلى طلب إجراء المزيد من الفحوص اللازمة، إذا ما وجد لذلك ما يبرره. والفحوص التى قد يلجأ إليها الطبيب هى: فحص البراز والدم والكرات البيضاء والدم المختفى(*) وعمل صورة للدم وقياس سرعة الترسيب.

- عمل بعض الفحوص المعملية لتشخيص احتمالات الإصابة بمرض السكر ونقص بعض الهرمونات وارتفاع نسبة بعض الأملاح.

(*) فحوص الدم المختفي هي اختبارات خاصة تجري للكشف عن وجود دم لا يرى بالعين المجردة.

- عمل منظار شرجى قد يتبعه إجراء فحص كامل للقولون بالمنظار.
- عمل فحص بأشعة الباريوم فى حالة تعذر الفحص بالمنظار لأى سبب من الأسباب، على أن يكون الفحص بأشعة الباريوم مصحوباً بنفخ الهواء لما يحققه ذلك من إضافة كبيرة فى دقة التشخيص.
- وقد يحتاج المريض إلى عمل فحص بالموجات فوق الصوتية، أو الأشعة المقطعية بالكمبيوتر، أو استخدام النظائر المشعة لدراسة حركية القولون، أو دراسة ديناميكية عملية التبرز باستخدام أشعة الباريوم، أو استخدام بعض القطع التى تظهر بالأشعة السينية ويساعد تتبع مكان وجودها بالقولون فى تحديد درجة الخلل فى حركيته. كل هذه الفحوص نادراً جداً ما يحتاجها المريض، ويقتصر استخدام معظمها فى الوقت الحاضر على إجراء بعض البحوث الخاصة بحركية القولون.

العلاج....

تعتبر أهم نقطة فى العلاج هى معالجة السبب الأصلى للإمساك، إذا كان هناك سبب أمكن معرفته عن طريق التشخيص الجيد بواسطة الطبيب.

وبالإضافة إلى ذلك، ففى كل الأحوال هناك نصائح عامة ينبغى على كل مريض بالإمساك مراعاتها:

١ ـ احذر إجهاض النداء التلقائى للتبرز ومقاومة الاستجابة له.

٢ ـ أكثر من تناول الألياف النباتية، ومن أهم مصادرها: نخالة الدقيق أو نخالة الشعير ـ وينبغى أن تحرص على توافرها فى وجباتك ـ واهتم بتناول الخضروات والفواكه سواء أكانت طازجة أو مطهية.

٣ ـ اهتم بشرب السوائل، وينصح بشرب ما يتراوح بين ستة وثمانية أكواب من الماء كل يوم.

٤ ـ حدد موعداً ثابتاً كل يوم لقضاء حاجتك، حتى لو لم يكن هناك شعور بوجود نداء طبيعى لقضاء تلك الحاجة. ويستحب أن يكون هذا الموعد المحدد والثابت بعد تناول الوجبات أو بعد القيام ببعض التمرينات الرياضية.

٥ ـ ينصح بالقيام ببعض التمرينات الرياضية بصفة منتظمة لمدة عشرين دقيقة على الأقل ثلاث مرات أسبوعياً.

٦ ـ امتنع عن استخدام الملينات والمسهلات، وخصوصاً الأنواع شديدة المفعول منها. وامتنع أيضاً عن استعمال الحقن الشرجية أو إدخال الماء عن طريق «مثعب» (شطاف) دورة المياه، لأن ذلك قد يزيد من حدة الإمساك فيما بعد من ناحية وله بعض العواقب الأخرى من ناحية أخرى.

المسهّلات والمليّنات

تنقسم المسهلات والملينات إلى عدة مجموعات حسب آلية أدائها كمسهل أو ملين:

١ ـ الملينات التى تعمل عن طريق زيادة حجم التبرز، وقد ذكرت طريقة عملها من قبل، وهى مكونة من الألياف، وهذه الألياف تنقسم إلى نوعين:

- نوع طبيعى ويعرف بـ«السيليوم» (الشليم).
- نوع صناعى مثل «المثيل سيلولوز» و«البوليكاربوفيل».

٢ ـ الملينات التى تعمل «أسموزيا»، أى عن طريق تنشيط نشع الماء داخل الأمعاء.

- سكر اللاكتيولوز.
- سكر السوربيتول.
- البولى إثيلين جلايكول.
- الجليسرين.

وسوف يأتى شرح كيفية أداء هذه الملينات عملها عندما نتناول كيفية حدوث الإسهال.

٣ ـ الملينات التى تعمل عن طريق تسهيل عملية إخراج البراز:

- زيت البرافين.
- الجليسرين.

٤ ـ الأملاح: وهى أيضاً تعمل أسموزيا:

- سلفات الماغنسيوم.
- هيدروكسيد الماغنسيوم.

٥ ـ الملينات التى تنشط حركة الأمعاء:

- زيت الخروع.
- «البيساكوديل».
- «الداى فينيل ميثلين».

٦ ـ الانثراكيتونات:

- السنامكى.
- زيت الصبار.
- الكاسكاراساجرادا.

وتعتبر الملينات من الأنواع الأول والثانى والثالث ملينات بسيطة وبلا عواقب ضارة. أما الملينات من الأنواع الرابع والخامس والسادس، فهى ملينات قوية المفعول وينصح بعدم استخدامها إلا فى أضيق نطاق.

والإمساك البسيط يسهل علاجه بزيادة كمية الألياف فى الطعام، ومن أشهر مصادر الألياف الردة والنخالة ـ سواء كانت نخالة القمح أو نخالة الشعير. وهناك أيضاً الخضروات الطازج منها والمطهى، والفواكه ـ الطازج منها والمجفف ـ مثل القراصيا والتين وقمر الدين وخلافه.

وهناك مسهل خفيف المفعول وبلا مضاعفات، وهو سكر اللاكتيولوز، الذى يناسب مرضى الكبد وعلاج الإمساك فى الحوامل والأطفال.

ويفيد استخدام الجليسرين على هيئة لبوس شرجى أو مختلطاً ببعض الماء على هيئة حقنة شرجية فى بعض حالات الإمساك، التى يكون فيها البراز فى المستقيم جافاً وصلباً، حيث يساعد الجليسرين فى انزلاق تلك القطع البرازية الصلبة من الشرج، إلى

جانب تنشيطه لنشع الماء من القولون مما يليّن المواد البرازية.

وفى بعض الحالات، قد تكون هناك ضرورة اضطرارية لاستخدام بعض المسهلات أو الملينات التى تعمل عن طريق تنشيط حركة الأمعاء مثل «السنا» (السنامكى) و«زيت الصبار» والكاسكار أساجرأدا ومركبات «الانثراكيتون». وينصح دائماً باستخدامها فى أضيق الحدود، لأن اعتيادها يؤدى فى النهاية إلى تبلد الأمعاء وزيادة الإمساك.

ومن المسهلات غير المستحب استعمالها لشدة مفعولها: سلفات الماغنسيوم (الملح الإنجليزى) أو «الصوديوم» وزيت الصبار وزيت الخروع. أما زيت البرافين أو المركبات المحتوية عليه، فهى توصف أحياناً فى حالات الإمساك المصاحب للإصابة بالبواسير، وخصوصاً إذا كانت منطقة البواسير ملتهبة أو متجلطة، والإمساك المصاحب للشرخ الشرجى - وإن كان هذا الملين أيضاً غير مستحب.

ولمساعدة مريض الإمساك على التوقف عن استخدام الملينات، ينصح باستعمال أقل قدر ممكن منها عند النوم لضمان إتمام عملية التبرز بشكل سلس فى اليوم التالى. ويتم إنقاص هذه الكمية إلى النصف أسبوعياً حتى يتوقف عن استعمالها تماماً. وينبغى أن يقتصر اعتماد المريض عليها كما ذكر من قبل لوقاية نفسه فقط من تجدد الإصابة بالإمساك.

هذا، ونادراً ما يكون تدخل جراحى لعلاج الإمساك، عدا طبعاً الجراحة الواجبة فى حالة وجود أورام أو انسداد أو ألتواء.

❀ ❀ ❀

الانتفاخ وكثرة غازات البطن

توجد الغازات بشكل طبيعى فى المناطق المختلفة من القناة الهضمية، ولكن هناك العديد من الناس يعانون من كثرة هذه الغازات:

- فبعضهم يشكو من كثرة التجشؤ.
- وآخرون يشكون من الانتفاخ و«الزغوتة».
- ومجموعة ثالثة تشكو من كثرة إخراج الغازات من فتحة الشرج.

مصادر الغازات بالبطن وماهيتها

وللغازات بالقناة الهضمية مصدران رئيسيان:

- مصدر خارجى.
- مصدر داخلى.

أما عن المصدر الخارجى، فهو من الهواء الجوى. وقد وجد أن الإنسان السليم عادة ما يبتلع كمية من الهواء أثناء بلع ريقه أو بلع طعامه وشرابه. كما أنه فى كثير من الأحيان يحتوى الطعام والشراب نفسه على بعض الهواء. والغازات من المصدر الخارجى تتكون مثل الهواء تماماً، من غاز النيتروجين والأكسجين.

أما المصدر الداخلى للغازات بالبطن فهو أكثر تعقيداً:

- جزء منه يتكون من غاز ثانى أكسيد الكربون الذى ينشأ أثناء عمليات التمثيل الغذائى المختلفة بالإضافة إلى غاز النيتروجين الموجود بالدم، حيث يتسرب جزء من هذين الغازين إلى الأمعاء.
- أما الجزء الأكبر من الغازات التى تتكون داخل القناة الهضمية، فتنتج عن عملية التخمر داخل القولون، وذلك بفعل البكتيريا الموجودة به. ونواتج هذا التخمر هى غاز

ثانى أكسيد الكربون أيضاً وغاز الهيدروجين وغاز الميثان. والغازات الخمسة التى تم ذكرها حتى الآن عديمة الرائحة وتكوِّن نحو تسعة وتسعين بالمائة من الغازات الموجودة بالقناة الهضمية.

أما الرائحة المميزة للغازات التى تنطلق من فتحة الشرج قلة نادرة من الغازات التى تتكون بتأثير بكتيريا القولون، ولا يزيد حجمها على الواحد بالمائة من الغازات الموجودة بالقناة الهضمية. وهى تتكون من:

- غاز النشادر.
- غاز ثانى أكسيد الكربون.
- بعض الأحماض الأمينية الطيّارة.
- بعض الأحماض الدهنية الطيّارة.

وقدّر العلماء حجم الغازات التى تخرج من فتحة الشرج بنحو لتر ونصف اللتر يومياً، يطلقها الإنسان السليم من الشرج فى عدد من المرات يتراوح بين ست مرات وعشرين مرة فى اليوم الواحد.

وقد أثبت العلماء أنه فى حالة تعذر خروج الغازات من الشرج لأى سبب من الأسباب، فإنها تعود أدراجها إلى القولون، حيث تمتص وتعود مع الدم إلى الرئتين، ومن هناك تخرج مع هواء الزفير. وثبت أيضاً أن الغازات ذات الرائحة المميزة لا تتسرب إلى هواء الزفير إلا فى أضيق نطاق.

أسبابها...

لزيادة حجم الغازات بالقناة الهضمية ثلاثة أسباب:

- زيادة كمية الهواء الذى يبتلعه الإنسان.
- كثرة تناول الطعام والشراب الذى يحتوى على المواد النشوية والسكرية المركبة.
- وجود مرض عضوى بالقناة الهضمية يؤدى إلى سوء الهضم وسوء الامتصاص، ويساعد على كثرة تكون هذه الغازات مثل وجود خلل فى حركة الأمعاء، أو بطؤها أو

زيادة معدل حركتها على السواء. ويساعد على ذلك أيضاً الخلل فى التوازن البيولوجى داخل القولون وتكاثر البكتيريا داخل الجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة، والذى لا يوجد بها منها إلا أقل القليل.

الأطعمة المسببة لكثرتها

تحدث زيادة كمية الهواء الذى يبتلعه الإنسان مع كثرة تناول المياه الغازية، وكثرة مضغ اللبان، ومص الحلويات، وأثناء التدخين، وكذلك نتيجة لوجود متاعب بالأسنان وتركيباتها الصناعية والتنفس من الفم لوجود مشكلات بالأنف، واستخدام بعض العقاقير التى تؤدى إلى شدة جفاف الحلق وما يستتبعه ذلك من كثرة القيام ببلع اللعاب «الريق»، وكذلك نتيجة ارتجاع حامض المعدة إلى المرئ لدى بعض الأشخاص المصابين بهذا المرض الذين يشعرون بالارتياح مع بلع لعابهم القلوى.

كما تكون كثرة ابتلاع الهواء فى بعض الأحيان ناتجة عن القلق النفسى أو المعاناة من بعض المشكلات النفسية الأخرى، فيما يطلق عليه اصطلاحاً «إيروفاجيا».

وغالباً ما يخرج الهواء الذى يبتلعه الإنسان عن طريق التجشؤ، ولكن بعض الباحثين أثبتوا أن كثيراً من الهواء يصل إلى الأمعاء، حيث يتسرب منه غاز ثانى أكسيد الكربون إلى الدم فالرئتين، فى حين يبقى غاز النيتروجين لصعوبة تسربه وينضم بذلك إلى الغازات التى تتكون بالقناة الهضمية بفعل التخمر.

أما عن الغازات التى تتكون داخل القناة الهضمية، فإن أغلبها ينتج من تخمر المواد النشوية والسكرية المركبة التى يتعذر هضمها وامتصاصها لخلو خلايا الغشاء المخاطى للأمعاء الدقيقة من الإنزيمات الهاضمة لهذه المواد فتصل إلى القولون، حيث تتخمر بواسطة البكتيريا الموجودة به.

وترتبط عملية التخمر بكمية هذه المواد السكرية الموجودة بالطعام ومدة بقائها بالقولون ومدى الخلل الذى يطرأ على التوازن البيولوجى للبكتيريا نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية والتهاب القناة الهضمية وتناول المضادات الحيوية.

ومن أكثر الأسباب شيوعاً لكثرة التخمر والغازات بالبطن، وجود نقص طبيعى فى

إفراز إنزيم «اللاكتيز» المفرز من خملات الأمعاء الدقيقة لدى العديد من البشر فى جميع أنحاء الأرض، ويقوم هذا الإنزيم بهضم سكر اللبن الثنائى وتحويله إلى سكريات أحادية ليتم امتصاصها الكامل فى الأمعاء.

وفى حالة نقص إفراز هذا الإنزيم، لا يحدث هضم ولا امتصاص لسكر اللبن، الذى يصل إلى القولون ليتخمر بفعل البكتيريا ويتحول إلى كميات كبيرة من غاز ثانى أكسيد الكربون وحمض اللبنيك.

وجدير بالذكر أن هذا النقص الطبيعى فى إفراز إنزيم اللاكتيز من خلايا خملات الأمعاء الدقيقة منتشر لدى الغالبية العظمى من المصريين، مما يجعل الانتفاخ والزغونة والإسهال بعد شرب اللبن الحليب شكوى تكاد تكون عامة لدى المصريين.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لتلافى متاعب شرب اللبن الحليب، يمكن استبداله باللبن الزبادى لاحتوائه على البكتيريا التى تقوم بهضم سكر اللبن. كما أمكن للعلماء تحضير إنزيم اللاكتيز بصورة يمكن إضافتها إلى اللبن عند شربه أو يتم تناول اللبن على هيئة لبن زبادى.

ويعانى بعض الناس أيضاً من نقص طبيعى فى بعض الإنزيمات الأخرى التى تفرز من خلايا خملات الأمعاء. كما أن الكثير من السكريات والنشويات المركبة مثل السيلولوز لا يوجد أصلاً ما يهضمها فى جسم الإنسان بصفة عامة، ولكن بكتيريا القولون تقوم بتحويلها إلى مواد مفيدة للقولون والجسم.

وللبقول فى هذا الصدد وضع خاص، فهى من الأطعمة رخيصة الثمن والغنية بالبروتينات النباتية، ولكنها أيضاً غنية بالسكريات المركبة التى لا تهضم ولا تمتص فى الإنسان، فتصل إلى القولون حيث يحدث التخمر ويكثر إنتاج الغازات وهو ما يميز البقول عن معظم الأطعمة التى يتناولها البشر.

ولما كانت البقول من الأطعمة الأساسية والمهمة لدى معظم شعوب الأرض، فإن بعض المؤسسات الكبرى فى الدول المتقدمة والمهتمة بزراعة وتصنيع البقول تقوم بإجراء البحوث لإنتاج بقول خالية من المواد السكرية المركبة، للحصول على غذاء نباتى غنى بالبروتينات دون ما يصاحبه من مشكلات انتفاخ البطن وكثرة تكون الغازات.

هناك أيضاً بعض السكريات المركبة التى تدخل فى الأطعمة التى يتناولها الإنسان مثل سكر الفواكه وسكر «السوربيتول». وتدخل هذه السكريات فى صناعة الحلوى، وهى لا تهضم ولا تمتص وإنما تتخمر فى القولون. وهذا ما يجب لفت أنظار الناس إليه بشدة، حيث إن معظمهم لا يعلمون هذه الحقيقة.

ومن الأطعمة الأخرى الغنية بالسكريات المركبة: الكرنب والقرنبيط وكثير من الناس لا يلاحظ أن بعض الفواكه قد يتسبب فى كثرة الغازات بالقولون مثل الموز والعنب وعصير القصب..

انتفاخ البطن الوظيفى

فى كثير من الأحيان يكون الإحساس بالامتلاء وانتفاخ البطن ناتجاً عن وجود خلل وظيفى فى حركة الأمعاء والقولون، وليس لزيادة كمية الغازات.

وفى هذا الصدد، يفرق العلماء فى التشخيص بين الشكوى الناجمة عما يطلق عليه «الانتفاخ الوظيفى»، ويعرف بالشعور بالامتلاء مع ملاحظة انتفاخ البطن لمدة ثلاثة أشهر ـ قد تكون متصلة أو متقطعة ـ فى العام المنصرم على الأقل لشكوى المريض. أما إذا كانت شكوى الانتفاخ أو الامتلاء مصحوبة بآلام البطن والمغص، فيكون هناك تشخيص وظيفى آخر يعرف بـ«القولون العصبى»، وسنعرض له بالشرح فيما بعد. هذا بطبيعة الحال بعد التأكد من خلو المريض من أى مرض عضوى آخر قد يكون سبباً لهذه الشكوى.

وفيما يخص حركة القولون والأمعاء، نود أن ننوّه إلى أن الخلل فى حركتهما سواء بالزيادة أو بالنقصان يؤدى إلى زيادة التخمر. ففى الحالة الأولى، لا يكفى الوقت للأمعاء الدقيقة لكى تقوم بهضم معظم النشويات، فتصل بذلك كميات كبيرة غير مهضومة إلى القولون حيث تتخمر. أما فى الحالة الثانية، فإن تراكم الفضلات بالقولون يؤدى إلى طول مدة تعرضها لعملية التخمر بواسطة البكتيريا.. ولذلك، فإن الانتفاخ والغازات يلازمان المريض بأى من حالتى الإسهال والإمساك على السواء.

الأسباب المرضية للانتفاخ

من الأسـبـاب المرضـيـة التى تؤدى للانتـفـاخ وكـثـرة الغـازات، نقص إفـراز غـدة البنكرياس الناتج عن إصابتـهـا بالتـهـاب مزمن وأمراض سوء الامتصاص من الأمعاء الدقيقة الذى ينجم عن وجود ضمور فى خملاتها أو التهاب غشائها المخاطى مثلما يحدث عند الإصابة بـ«درن الأمعاء الدقيقة» و«مرض كرون».

ولا يفوتنا هنا أن ننوه إلى أن انتفاخ البطن قد يحدث بسبب انسداد جزئى ناتج عن وجود ضيق أو التصاقات أو التواء أو أورام بالأمعاء أو القولون. كما أنه يجب ألا ننسى أن انتفاخ البطن قد يكون أحد مظاهر السمنة المفرطة أو الحمل فى النساء. كما لا يصح أن نخلط بين امتلاء البطن بالغازات وامتلائه بالسوائل، عند الإصابة بمرض الاستسقاء نتيجة حدوث تليف بالكبد.

التشخيص

يعتمد تشخيص أسباب الانتفاخ وكثرة الغازات على الإنصات الجيد لشكوى المريض والتحليل بواسطة الطبيب ومعرفة أنواع الأطعمة التى يتناولها المريض وإجراء فحص سريرى دقيق عليه. وقد يلجأ الطبيب لإجراء بعض الفحوص الأخرى، مثل فحص البراز (لتحديد أسباب سوء الامتصاص) والموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية لتشخيص أمراض المرارة والبنكرياس والكبد والاستسقاء، وعمل أشعة سينية عادية على البطن للتأكد من عدم وجود انسداد. وعمل فحص بالباريوم للأمعاء الدقيقة بحثاً عن احتمالات حدوث تغير بها، وذلك حسب رؤية الطبيب فى تشخيص حالة مريضه.

الوقاية والعلاج..

يعتمد علاج كثرة تكون الغازات بالبطن إلى حد كبير على الامتناع عن الأطعمة ذات العلاقة الوطيدة بشكوى المريض. ويعتمد أيضاً على تشخيص السبب الأصلى لهذه الشكوى كما ذكرنا سالفاً.

أما العقاقير المعروف عنها أنها تقوم بامتصاص مثل الكربون والسيمبثيكون، فلم

يثبت تأثيرها الفعال فى هذا الصدد. وكما أمكن تحضير إنزيم اللاكتيز وإضافته إلى اللبن عند شربه، أمكن أيضاً تحضير إنزيم آخر يطلق عليه «الفاجالاكتوليديز»، قد يفيد عند تناول الأطعمة الغنية بالسكريات المركبة.

أما عن الانتفاخ الوظيفى المصاحب للإمساك، وخصوصاً إذا كان بسبب القولون العصبى، فقد اكتشف العلماء حديثاً ـ كما ذكرت من قبل ـ أدوية تعمل على تنشيط تأثير هرمون السيزوتونين على مستقبلاته المنتشرة بعضلات الأمعاء، مما يزيد من كفاءة حركتها ويساعد على التخلص من الانتفاخ والإمساك معاً.

- هناك خطأ شائع هو استخدام أدوية علاج التقلص لعلاج الانتفاخ، وهذا قد يزيد المريض انتفاخاً على عكس ما يعتقده الكثير من الناس.

❀ ❀ ❀

القـولـون...

والقولون العصبى

القولون والقولون العصبى

القولون عبارة عن أنبوبة عضلية تصل ما بين الأمعاء الدقيقة أو الرفيعة التى يتم بها هضم الطعام وامتصاصه كما وضحنا سابقا- وبين فتحة الشرج، ويصل طول القولون إلى متر ونصف تقريبا.

ويتكون القولون من الأجزاء الآتية:

- الأعور.
- القولون الصاعد.
- القولون المستعرض.
- القولون النازل.
- القولون السينى أو الحوضى.
- المستقيم.

وهناك منحنيان: المنحنى الأول أو المنحنى الكبدى ويصل بين القولون الصاعد والقولون المستعرض وهو يجاور الكبد. أما المنحنى الثانى أو المنحنى الطحالى فهو فى الجهة اليسرى- ويصل بين القولون المستعرض، والقولون النازل ويجاور الطحال.

• الأعور

ويتكون من اسطوانة طولها ٦ سم وتفتح فيها نهاية الأمعاء الدقيقة وذلك بواسطة صمام. وتبدو أهمية الأعور من اتصاله بالزائدة الدودية وهى أنبوبة طويلة رفيعة تقع فى الجزء الأسفل من البطن من الجهة اليمنى، ولها فتحة واحدة هى التى تتصل بالأعور. أما نهايتها فمسدودة. ويخلط الكثير فى تسميتها عندما تصاب بالالتهاب. فيقول التهاب الأعور بينما لا علاقة لها بالجزء القولونى المسمى بالأعور - إلا من حيث اتصال الزائدة بها. ومما يجدر ذكره أن الزائدة الدودية قد تقع فى مواضع مختلفة

بالنسبة للمصران الأعور. فقد تمتد إلى الداخل ولأعلى – أو للداخل ولأسفل، وقد تلامس الحالب أو المبيض الأيمن – مما يؤدى إلى صعوبة تشخيص التهابها – ويبدو الاهتمام الكبير بالزائدة الدودية وموقعها من ضرورة تشخيص الحالة فى وقت مبكر – حيث يستلزم إجراء جراحة عاجلة.

• القولون الصاعد

وطوله ١٥ سم ويتجه إلى أعلى للاتصال بالقولون المستعرض بواسطة منحنى يعرف بالمنحنى الكبدى. ويجاور القولون الصاعد الكلية اليمنى. وتبدو أهميته عند أصابته بالالتهاب أو التشنج. فقد تكون هناك صعوبة فى التشخيص وذلك لقرب هذا الجزء من القولون للزائدة الدودية واحتمال أن تكون الأخيرة هى الجزء المصاب بالالتهاب.

أما عن المنحنى الكبدى فهو يجاور الكبد فى الجزء العلوى الأيمن من البطن – وهذا الجزء بالرغم من صغره قد يصاب أيضا بالاضطراب والانقباض. ويسبب للأطباء صعوبة بالغة فى التشخيص فقد تتشابه أعراضه مع أعراض التهاب المرارة أو أمراض الكبد.

• القولون المستعرض

وطوله ٥٠ سم تقريبا – ويقع فى أعلى البطن حيث يمتد من الجهة اليمنى إلى الجهة اليسرى ابتداء من المنحنى الكبدى ومنتهيا بالمنحنى الأيسر أو الطحالى. وهو يصل القولون الصاعد بالقولون النازل. ويجاور القولون المستعرض كثيرا من الأعضاء مثل الكبد والمعدة والبنكرياس.

• القولون النازل

ويبلغ طوله ٨ سم. ويتصل بالقولون المستعرض من أعلى. وبالقولون الحوضى من أسفل، وهو يجاور الطحال والكلية اليسرى.

• القولون الحوضى أو السينى

وقد اشتق اسمه من حرف S (إس) الانجليزى، ويبلغ طوله ٢٠ سم. ويتصل من أسفل بالجزء الأخير من القولون وهو المعروف بالمستقيم. ويعتبر القولون الحوضى من أكثر الأجزاء المعرضة للإصابة بمرض القولون العصبى.

• المستقيم

ويبلغ طوله ١٥ سم. ويجاور نهاية العمود الفقرى من الخلف (الفقرات العجزية والعصعصية). ويقع أمامه غدة البروستاتا فى الرجل - والرحم والمهبل فى المرأة.

وينتهى المستقيم بفتحة الشرج. وتتحكم فيها عضلتان العضلة العاصرة الشرجية الداخلية، والعضلة العاصرة الخارجية وكلتاهما تتحكم فى عملية الإخراج.

• التركيب الدقيق لأنسجة القولون

يتكون جدار القولون من الطبقات الآتية، وذلك من الداخل إلى الخارج.

الغشاء المخاطى

وهو غشاء ناعم أملس وتفرز خلاياه المواد المخاطية لترطيبه والمحافظة على حيويته.. إذ أنه هو خط الدفاع الأول ضد الميكروبات التى يمتلىء بها القولون.

الطبقة العضلية

وتتكون من عضلات لا إرادية (بمعنى أنها تنقبض وتنبسط دون إرادة الفرد نفسه ولكن تبعا للتغيرات الداخلية كما سيأتى شرحه). وهذه العضلات إما عضلات طولية أو عرضية.

فأما العضلات الطولية فهى لا تشكل حزاما كاملا حول القولون. بل تتجمع لتكون ثلاث خصلات أو ضفائر تؤدى إلى نوع من «الكشكشة» بالقولون. فيظهر القولون على هيئة أجزاء منبجعة. وقرب نهاية القولون وعند الجزء الأخير وهو المستقيم تنتشر هذه الضفائر الثلاث لتكون طبقة كاملة تحيط بالمستقيم.

وأما العضلات الدائرة أو العرضية - فهى موجودة أيضا بالقولون. وتشكل مع العضلات الطولية - الجزء الانقباضى الذى يسبب الألم عند توتره لأى سبب من الأسباب.

الجهاز العصبى للقولون

يسيطر على القولون نوع من أعصاب اللا إرادية (أى التى لا تخضع لإرادة الإنسان) - وهى نوعان:

الجهاز السيمبتاوى

وهو يغذى أيضا كثيرا من أعضاء الجسم. وتأثير هذا الجهاز العصبى هو تنشيط أجهزة الجسم فيؤدى ذلك إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم - واهتزاز اليدين (رعشة). ووقوف شعر الجسم واتساع حدقتى العين. وكل هذه الظواهر تنتج من زيادة إفراز هرمون الادرينالين الذى يفرز بكثرة فى حالة الشعور بالخوف أو الفزع أو الغضب مما ينتج عنه أيضا التوتر العصبى. أما تأثير الجهاز العصبى السيمبتاوى على القولون - فهو الارتخاء والانبساط لعضلاته.

الجهاز العصبى الباراسيمبتاوى

وآثاره هى عكس آثار الجهاز السيمبتاوى - إذ أنه يقلل من سرعة النبض السريع. ويمنع اهتزاز اليدين. كما يضيق حدقة العين. وأما تأثيره على القولون - فيصبح ضيقا أو أقل اتساعا.

وظيفــة القــولــون

للقولون وظائف عديدة - تدور كلها حول التخلص من النفايات الناتجة عن عملية الهضم والامتصاص.. وهذه النفايات عبارة عن بقايا المواد الغذائية اتثى تناولها الفرد. وكذلك بقايا العصارات الهاضمة التى أفرزتها القناة الهضمية أثناء عملية الهضم والامتصاص. وفى القولون - يتم تخزين وامتصاص الماء - كما يتم امتصاص الأملاح المعدنية والفيتامينات وبعض المواد النتروجينية. وبعد ذلك يقوم القولون بتفريغ محتوياته من النفايات فيما يعرف بعملية الإخراج.

وسنبين حاليا حركة القولون والمؤثرات التى تزيد أو تنقص هذه الحركة.

حركة القولون

قد يتعجب المرء إذا علم أن جميع أجزاء القناة الهضمية هى فى حركة دائبة وليست ساكنة كما تتخيل. إذ أن كل جزء من هذه الأجزاء تمر به موجات متحركة أو حركة «دودية» وذلك من أعلى القناة إلى أسفلها فى ايقاع رتيب - يختلف مداه تبعا للجزء المشار إليه من مرىء أو معدة أو أمعاء.

والقولون ينطبق عليه أيضا ذلك. وقد قام الباحثون بالدراسة المستفيضة عن حركاته. وتمكنوا من وصف وتقسيم هذه الحركات إلى أربع حركات مختلفة البعد والوظيفة. واستخدموا فى تقييم ذلك أدق أنواع الأجهزة العلمية من مناظير ضوئية إلى أجهزة الحركة شديدة الحساسية التى تسجل أقل التغييرات مهما كان بسيطا - إلى المتغيرات الكهربائية المصاحبة لذلك والتى تحدث أثناء عملية الانقباض والانبساط لعضلات القولون. وقد لوحظ أن هناك نوعين فقط من تلك الحركات الأربع الموصوفة. وهما المسئولتان عن دفع النفايات فى اتجاه واحد أى نحو الجزء الأخير من القولون.

أما العوامل التى تؤثر على حركة القولون فهى كالآتى:

- تناول الطعام.

- المجهود العضلى.
- الجهاز العصبى اللا إرادى.
- هرمونات الجهاز الهضمى.
- الانفعالات والعوامل النفسية.

١ - تناول الطعام

لوحظ فى كثير من الأشخاص حاجتهم إلى الذهاب إلى الحمام لقضاء الحاجة - وذلك عند تناولهم الطعام - وقد تبين أن هذا الفعل الانعكاسى مرتبط بدخول الطعام إلى المعدة فيحدث بالتالى إشارات انعكاسية عصبية تؤدى إلى انقباض عضلات القولون - وهذا فعل لا إرادى (لا دخل لإرادة المرء فيه). غير أنه من الممكن استغلاله لصالح الفرد وذلك فى حالة وجود إمساك. وضرورة تنظيم دخول الفرد إلى الحمام فى وقت محدد - يستحسن مثلا بعد الإفطار أو الغذاء - للاستفادة من الفعل الانعكاسى.

لوحظ أن زيادة النشاط العضلى للفرد يرتبط بزيادة الانقباض العضلى للقولون. وعلى ذلك تساعد الرياضة البدنية فى تنشيط حركة القولون - خصوصا عندما يشكو الإنسان من الإمساك. وبالعكس فقد لوحظ أيضا أن الذين يقضون أياما طويلة بالسرير لسبب أو آخر (مثل حدوث كسور أو عمليات جراحية تستدعى البقاء بالسرير لمدد طويلة) - تكون شكواهم الدائمة من الإمساك نتيجة قلة الحركة والنشاط وبالتالى ضعف حركة القولون.

٢ - الجهاز العصبى اللا إرادى

كما بينا - سابقا - يوجد نوعان من الأعصاب التى تسيطر على القولون وهما العصب السيمبتاوى والعصب الحائر أو الباراسيمبتاوى. والأخير يزيد من انقباض القولون. وعلى ذلك فالأدوية التى تنشط العصب الباراسيمبتاوى تؤدى بالتالى إلى زيادة انقباض القولون وأحيانا الشعور بألم بالبطن أو مغص.

٣ - الهرمونات والعقاقير

هناك بعض الهرمونات والعقاقير التى تؤثر على حركة القولون وعلى سبيل المثال:

أ - يفرز الجهاز الهضمى العلوى بعض الهرمونات التى تذهب إلى الدم مباشرة دون المرور عن طريق القنوات - وهذه الهرمونات لها تأثير هام على حركة القولون: مثال ذلك هرمون الكوليستوكينين وهو يؤدى إلى زيادة حركة القولون - بينما يؤثر هرمون السكرتين على حركة القولون فيضعفها.

ب - يقوم الجسم بإفراز كميات ضئيلة من مادة البروستاجلاندين وهذه المادة تلعب دورا هاما فى عملية تنظيم الإفرازات الداخلية داخل أنسجة الجسم المختلفة. وقد وجد أن بعض أنواع البروستاجلاندين تؤدى إلى انقباض عضلات القولون بينما تؤدى أنواع أخرى إلى انبساط العضلات.

جـ - الأفيون ومشتقاته: يؤدى تعاطى الأفيون ومركباته للعلاج أو فى حالة الإدمان إلى زيادة انقباض القولون خصوصا فى الجزء الحوضى مما يؤدى إلى الإمساك.

د - الانفعالات النفسية والعاطفية: ولها تأثير هام على حركة القولون -- وسيتم تفصيل ذلك فيما بعد.

ويقوم القولون بالعمليات الآتية:

أ - امتصاص الماء والأملاح مثل املاح الصوديوم من داخل محتوياته الداخلية.

ب - يقوم القولون بإفراز بعض المواد مثل الماء والمخاط والبيكرونات. كما يتم إفراز بعض أملاح البوتاسيوم وبعض الأنزيمات.

جـ - الغازات: يتركب الغاز داخل الأمعاء من غاز النيتروجين وثانى أكسيد الكربون وغاز الميثين. ويعتبر غاز النيتروجين أهم هذه الغازات. ويصل حجم الغاز داخل القولون من ٣٠ - ٢٠٠ سم٣ .

أما مصدر هذه الغازات فهو إما خارجى - وذلك عندما يبتلع الإنسان بعض الهواء أثناء تناوله للطعام (وقد تكون هذه الكمية كبيرة فى حالة بعض الأشخاص -

خصوصا العصبيين). وقد يكون مصدر هذه الغازات داخليا مثل التخمر الذى يحدث بالأمعاء بسبب وجود أنواع مختلفة من البكتيريا ونتيجة التخمر الذى يحدث بالأمعاء فقد تزداد نسبة الغازات خصوصا عند تناول بعض أنواع البقول كالفول والعدس. وبالنسبة لوجود كمية بسيطة من الغازات داخل الأمعاء فليست هناك مشكلة أو أعراض مرضية يشكو منها الشخص العادى.

أما إذا زادت كمية الغاز إلى درجة كبيرة - فإن ذلك يؤدى إلى الشعور بالانتفاخ وثقل بالبطن خصوصا فى بعض الأشخاص ذوى الحساسية العصبية الزائدة - وبالذات فى مرضى القولون العصبى الذين يشكون دائما من الانتفاخ بالبطن - مهما كانت كمية الطعام التى يتناولونها قليلة. والسبب أن حساسية أمعائهم المفرطة - تلعب دورا هاما فى عملية الشعور بالامتلاء والانتفاخ - أكثر مما يحدثه حجم الغاز الموجود داخل الأمعاء.

والآن.. بعد أن وضحنا الصفات التشريحية للقولون والوظائف الفسيولوجية التى يقوم بها - سنركز الشرح على موضوع القولون العصبى الذى ينتشر انتشارا ذريعا بين مختلف الطبقات.. مع بيان موجز للأمراض الأخرى التى تصيب القولون.

❀ ❀ ❀

القولون العصبى

• مدى انتشاره

تشكل حالات القولون العصبى الجزء الأكبر من حالات مرضى الجهاز الهضمى. بل أن عدد حالاته تصل إلى أكثر من نصف الحالات المرضية بكافة العيادات الخارجية الشاملة على كافة التخصصات. وبالرغم من عدم وجود احصاء دقيق للحالات المرضية هنا فى مصر - إلا أن أكثرية الأطباء المتخصصين وغير المتخصصين - قد لاحظوا أن المرض واسع الإنتشار بين المصريين مثلهم فى ذلك مثل نظائرهم فى الدول الأجنبية، بل ربما زاد المرض انتشارا فى مصر عن الدول الغربية. وذلك ربما يكون سببه نتيجة انتشار أمراض الدوسنتاريا والطفيليات عندنا بصورة أوسع عن الدول الباردة المناخ. وقد يكون هذا أحد الأسباب المحتملة فى زيادة الحساسية بالقولون للاضطرابات العصبية فى مصر والدول الحارة المناخ.

والاحصائيات المتوافرة بالدول الغربية تضع القولون العصبى كمنافس خطير من حيث مدى الإنتشار لحالات النزلات البردية الواسعة الإنتشار أيضا، حيث يكون المرضان (القولون العصبى والنزلات البردية) السبب الرئيسى للتغيب عن العمل بين العاملين. ويجب التنويه هنا بأن الحالات التى نقوم باحصائها هى الحالات الشديدة أو متوسطة الشدة وهى التى تلجأ إلى الطبيب من أجل العلاج - بينما يشير الواقع إلى وجود حالات من القولون العصبى أقل حدة مما سبق أن ذكرناه. وربما تفوق فى مدى انتشار الحالات المسجلة أو المرصودة. وهذه الحالات الخفيفة تصيب الغالبية العظمى من الناس. ولكن بسبب خفتها لا يهتم بها الشخص اهتماما كبيرا.. وقد يعزونها إلى الإصابة بالبرد أو الحمى أو سوء الهضم. وهذا ما دفع بعض العلماء الباحثين فى مرض القولون العصبى بأن يعتقدوا أن مرض القولون العصبى ليس مرضا خفيفا، ولكنه فى الحقيقة تأثر طبيعى يصيب القولون ويختلف شدته من شخص إلى آخر، وذلك

نتيجة انفعال عاطفى أو نتيجة تناول طعام لا يتقبله الشخص. ومما يعضد هذا الرأى أن جميع الاختبارات والفحوصات التى تجرى للشخص الذى يعانى من نوبات القولون العصبى تكون نتيجتها دائما سلبية. إلا عملية التقلص أو التشنج التى تزداد فى حالة القولون العصبى عنه فى حالة الشخص العادى، وخصوصا فى الحالات التى يتعرض لها المريض للتوتر النفسى أو الانفعال العاطفى.

وهذا الرأى بالرغم من وجاهته إلا أنه لا يلقى تأييدا عموميا من جميع المتخصصين فى أمراض الجهاز الهضمى. الذين يعتبرون مرض القولون العصبى مرضا قائما بذاته. وإن كانت التوترات النفسية تلعب أثرا واضحا فى ذلك. كما سنبينه فيما بعد.

أعراض القولون العصبى

تختلف أعراض القولون اختلافا بينا من مريض إلى آخر وتشمل ما يلى:

- ألم بالبطن.
- عدم انتظام عملية الاخراج (امساك أو اسهال أو كليهما).
- اضطراب الهضم.
- الانتفاخ.
- الأعراض الخاصة بالدورة الدموية.
- أعراض عامة مثل الدوخة وصعوبة التنفس.
- الأعراض النفسية.

وسنبين هذه الأعراض تفصيليا:

أولا: آلام البطن

يشكو مريض القولون العصبى من آلام فى البطن يختلف موقعها باختلاف الجزء المتوتر من القولون. وأكثر الأماكن التى يشكو منها مريض القولون العصبى هى الجهة اليسرى من البطن إما إلى أسفل حيث القولون الحوضى أو إلى أعلى حيث المنحنى

الطحالى والقولون النازل.

وقد يحدث الألم فى وسط البطن من الجهة العليا حيث يمر القولون المستعرض بجوار المعدة. أو بجوار السرة. وقد يكون الألم فى الجهة اليمنى من القولون (القولون الصاعد) أو قد يصيب المنحنى الكبدى أعلى البطن من الجهة اليمنى.

وتأتى هذه الآلام فى صورة تقلص أو تشنج مثل تقلص عضلة الساق وقد يستمر هذا التقلص لفترات طويلة قد تمتد - إلى ساعات أو أيام. وقد يستغرق الألم وقتا قصيرا - مجرد دقائق معدودات - فى صورة حادة أو شديدة. وقد يتخلل هذه النوبات الحادة فترات من الهدوء النسبى يحس خلالها المريض ببعض الألم الخفيف وغير الحاد - وفى بعض الأحيان - يحس المريض بالألم كنوع من الحرقان أو السخونة التى تلسع كلهب النار. وقد يصف المريض الألم أحيانا كأنه وخز الأبرة.

\ وفى بعض الأحيان يشكو المريض من آلام تصيب القولون فى جميع أجزائه متنقلا من موضع إلى موضع. وهنا قد يصيبه فى ذلك هم عظيم - معتقدا أنه قد أصيب بكافة الأمراض - ولا شك أن معرفة المريض بمسار القولون وبأوصاف الأعراض يؤدى إلى تحسن ملحوظ فى حالته.

*** هل هناك علاقة بين تناول الطعام وحدوث الألم؟**

- يجوز أن يحدث ذلك. فقد يزداد الألم حدة أو قد يحدث الألم بمجرد تناول الطعام خصوصا عند تناول السوائل المثلجة. وذلك نتيجة الفعل اللا إرادى الانعكاسى بين المعدة والقولون - كما شرحناه سابقا.

*** هل تؤثر عملية الإخراج (التبرز) فى شدة الألم؟**

- فى كثير من الأحيان يحس المريض بالراحة بعد عملية الإخراج. أو بعد التخلص من الغازات. أو بعد عملية حقنة شرجية خصوصا عند إصابة المريض بالإمساك لمدد طويلة وهو ما يحدث كثيرا فى حالات القولون العصبى.

*** هل يشبه ألم القولون الأمراض الأخرى مثل آلام المغص الكلوى أو التهاب الكلى؟**

- نعم.. يحدث ذلك فى بعض الأحيان وقد يسبب حيرة كبيرة للطبيب. غير أن

الألم فى حالة المغص الكلوى يكون عادة أشد حدة ويكون مساره مختلفا عن آلام القولون - وهذه نقطة من اختصاص الطبيب.

*** هل يؤثر القولون على الأعضاء الأخرى للجسم؟**

- نعم.. فالقولون العصبى المهيج قد يضغط على بعض الأعضاء المجاورة. وقد يسبب أعراضا زائفة تحاكى أعراض الأمراض التى تصيب هذه الأعضاء مما يؤدى إلى زيادة شكوك المريض وتوهمه بأنه مصاب بتلك الأمراض، وقد تخدع هذه الأعراض حتى الطبيب نفسه. وعلى سبيل المثال قد يضغط القولون المنتفخ على الحجاب الحاجز الذى يفصل الصدر عن البطن. وهذا بالتالى يضغط على القلب الذى قد يصيبه نتيجة ذلك بعض الاضطراب كسرعة النبض مثلا. وهنا قد يعتقد المريض بإصابته بداء القلب. وهذا هو دور الطبيب المختص لحسم هذا الشك بعمل الفحوصات المطلوبة وطمأنة المريض. خصوصا عند توتر المنحنى الأيسر أو الطحالى.

*** وماذا عن المنحنى الكبدى؟**

- نفس المشكلة السابق ذكرها - قد يحدث بالناحية اليمنى للبطن - فالمنحنى الكبدى يجاور الكبد والمرارة. وقد تتشابه الأعراض على الطبيب الحاذق فى بعض الحالات. وهنا قد يحتاج الطبيب إلى إجراء بعض الفحوص للتأكد من عدم وجود التهاب بالمرارة أو بالكبد.

*** وماذا عن آلام القولون بأسفل البطن؟**

- قد يضغط القولون المنتفخ على الرحم والمبيض فى حالة الأنثى ويؤدى إلى احتقان الحوض. وقد يسبب ذلك اضطرابا فى الدورة الشهرية. أو قد تزداد آلام القولون قبل نزول الدورة أو أثناءها نتيجة الاحتقان.

ثانيا: عدم انتظام عملية الإخراج

أ - الإمساك

قد يحدث الإمساك كعرض من أعراض القولون العصبى، فقد يشكو المريض من قلة الإخراج أو أن الفضلات أكثر صلابة. وقد يشكو المريض أيضا من عدم وجود احساس بالرغبة فى الذهاب إلى الحمام.

وأغلب مرضى القولون العصبى يشكون من الإحساس بالامتلاء وعدم الاحساس بالراحة بعد عملية الاخراج. ومن هنا يصبح كثير من المرضى مشغولين كل الوقت بعملية الإخراج. وبأنه يذهب إلى التواليت عدة مرات بهدف الراحة حيث يشعر بأنه ممتلىء ويرغب فى التخلص من الفضلات - وهو لا يحس بهذه الراحة - وقد يسيطر التوتر والقلق على التفكير فى هذه الحالة. وتذهب به الظنون كل مذهب.

وأما من حيث الإمساك فى حد ذاته - فقد يزيد من آلام القولون فكلما زاد الإمساك إزداد انقباض القولون. حيث تصبح النفايات المحجوزة لمدد طويلة أكثر صلابة وتصبح بالتالى عملية الإخراج أكثر صعوبة.

*** معنى ذلك أن علاج الإمساك ركن هام من علاج القولون العصبى؟**

- نعم.. ولكن يجب أن نتجنب استعمال الأقراص الملينة أو المسهلة التى تزيد من توتر القولون الذى يعانى أساسا من التوتر والانقباض. وسنشرح موضوع الإمساك فيما بعد بشىء من التفصيل.

ب - حالات الإسهال

فى بعض حالات القولون العصبى يكون الإسهال موجودا بدلا من الإمساك. وهذا أقل شيوعا من حدوث الإمساك.. وقد لا يكون هناك إسهال حقيقى، بل قد يكون الحال هو كثرة الذهاب إلى الحمام مرات عديدة وشعور بالامتلاء وميل إلى قضاء الحاجة دون إخراج إلا قدر بسيط من النفايات. وعدم الاحساس بالراحة بعد الذهاب إلى الحمام.

وفى كثير من الحالات التى يكون فيها القولون العصبى مصحوبا بالإسهال، قد لا يشكو المريض إلا من آلام خفيفة لا يمكنه أن يحدد مكانها. وقد لا يشكو المريض

إطلاقا من أى ألم. ويكون الإسهال هو العرض الأساسى الذى يشكو منه مريض القولون العصبى. وهذه الحالات كثيرا ما تشخص على أنها نتيجة الإصابة بالدوسنتاريا القولونية الأميبية.

جـ - نوبات الإمساك والإسهال

قد يعانى مريض القولون العصبى من نوبات إمساك مستمر عدة أيام يعقبها نوبات إسهال لأيام أخرى.

ويجب أن ننبه هنا إلى أن عملية الإخراج قد يصاحبها وجود مخاط كثير مما يدفع إلى الشك والريبة. وهنا تأتى عملية الفحص الميكروسكوبى للبراز مع بعض الفحوص الأخرى التى يصفها الطبيب لتطمئنه على أنه يعانى من أعراض القولون العصبى فقط.

هذا ويجب أن يكون المخاط غير مصاحب بدم أو قيح. وإلا كان هناك التهاب حقيقى بالقولون أو دوسنتاريا. وربما كان سبب الدم وجود بواسير أو مرض آخر. وفى هذه الحالة يجب أن يفحص المريض فحصا دقيقا مع عمل منظار أو أشعة كما يحددها الطبيب المختص.

*** فى حالة الإسهال الذى يصحب القولون العصبى هل يحتاج المريض للعلاج بمركبات السلفا أو الانتروفيورم أو غيرها؟**

- لا.. ففى بعض هذه الحالات لا يحتاج المريض للعلاج بهذه المركبات. بالرغم من وجود حويصلات أميبية عند فحص البراز. وذلك للأسباب الآتية:

١ - أن وجود هذه الحويصلات عام وموجود فى معظم الأشخاص العاديين بنسبة تزيد على ٩٠٪ من السكان. ولا يوجد معها أعراض مرضية.

٢ - يتم العلاج فقط فى حالة وجود تعنية أو إذا وجدت الأميبا فى الدور النشيط. وليست حويصلات.

٣ - ان علاج الحويصلات غير عملى بالمرة فقد يستمر العلاج شهورا عديدة بالمركبات العلاجية.. لتظهر هذه الحويصلات مرة أخرى عند إيقاف العلاج.

٤ – الآثار الجانبية لاستعمال الأدوية لمدد طويلة.

٥ – تقضى هذه الأدوية على البكتيريا النافعة بالأمعاء والتى تنتج فيتامين ب المركب وفيتامين ك المضاد للنزيف.

٦ – وأخيرا.. فالاتجاه الحديث فى العلاج انه طالما لا توجد أميبيا نشطة، وما دام لا يصاحب هذه الحويصلات أعراض دوسنتاريا وتعنية.. فلا ينصح بالعلاج حتى فى الأحوال التى يكون القولون العصبى مصحوبا بالإسهال.

غير اننى أحب أن أنبه أن إثبات وجود أميبيا فى دور نشط يحتاج لعمل فحص للبراز فورى. مع استعمال محلول ملحى مناسب للحفاظ على الأميبيا قبل أن تموت.

ثالثا: اضطراب عملية الهضم

قد يشكو مريض القولون العصبى من الشعور بالامتلاء. وذلك بعد تناول الطعام. كما قد يشكو أيضا من ضعف الشهية. وأحيانا قد يكون هناك شعور بالغثيان ورغبة فى القىء خصوصا عند الاستيقاظ من النوم. وقد يكون ذلك مصحوبا بزيادة فى إفراز اللعاب.

*** وهل يتقيأ مريض القولون العصبى؟**

– فى بعض الأحيان القليلة قد يحدث القىء. وان كان الشعور بالغثيان هو العرض السائد.

*** وما هو سبب الشعور بالغثيان والميل إلى القىء؟**

– كما ذكرنا سابقا. هناك حركة دودية رتيبة فى القناة الهضمية من أول جزء فيها إلى آخره. وهذه الحركة تساعد على عملية هضم الطعام وإلى دفعه إلى أسفل. وحدوث اضطراب فى هذه الحركة المنتظمة خصوصا فى الجزء العلوى من القناة الهضمية وبالذات فى منطقة الاثنى عشر يؤدى إلى الشعور بالغثيان واضطراب عملية الهضم وازدياد إفراز اللعاب. بالرغم من عدم وجود مرض عضوى بالاثنى عشر.

رابعا: الانتفاخ

يشكو كثير من مرضى القولون العصبى من وجود انتفاخ بالبطن. وقد يظهر هذا الانتفاخ للمرضى أنفسهم أو لأقاربهم.. مما يثير شكوكهم ومخاوفهم. فقد يظن المريض أن ذلك ورم أو ارتشاحا بالبطن. والواقع أن هذا الانتفاخ المصاحب للقولون العصبى هو نتيجة وجود غازات كثيرة بالأمعاء الغليظة.. إما نتيجة بلع كميات كثيرة من الهواء ذلك أثناء تناول الطعام وهذا ما يحدث فى بعض المرضى العصبيين وقد تنتج الغازات من التهام كميات كبيرة من المواد النشوية أو المواد البروتينية. وقد يكون الاكثار من تناول البقول مثل الفول والعدس مصحوبا بزيادة فى كميات الغاز داخل القولون.

*** معنى ذلك أنه كلما زادت كمية الغاز داخل القولون زاد الشعور بالانتفاخ؟**

- هذا صحيح إلى حد ما.. ولكن هناك عوامل أخرى، كما ذكرنا سابقا، قد تكون أكثر أهمية بالنسبة للشعور بالانتفاخ، من حجم الغاز الموجود، ومن أهم الأسباب أو العوامل هو مدى حساسية الفرد للألم. أو مدى حساسية القولون للإنتفاخ، نتيجة زيادة حساسية الأعصاب، فهناك أفراد يكون الشعور بالألم لديهم فى الحدود الطبيعية. بينما يوجد بعض الأفراد أشد حساسية للشعور بالألم.وهؤلاء بالذات هم ذوو الاحساس المرهف. ويشبه الفئة الأخيرة فى الاحساس المرهف - مرضى القولون العصبى - إذ أنه وجد حديثا أن هذه الخاصية وهى الحساسية الزائدة للألم أو الإنتفاخ هى أهم أسباب الشعور بالإنتفاخ فى مرضى القولون العصبى.

*** هل تؤثر كمية الطعام التى يتناولها مريض القولون العصبى فى الشعور بالانتفاخ؟ وهل ينصح بالاقلال من تلك الكمية؟**

- نعم.. لأن الغازات الناتجة من التهام كميات كبيرة من النشويات والبروتينات سوف تقل بالتالى عند الإقلال من هذه الكميات .. وعلى ذلك فالتنظيم المستمر للوجبات الغذائية واحترام مواعيدها. وتجنب الأكل بين الوجبات هام جدا.

*** وماذا عن حركة القولون نفسه، هل تلعب دورا فى عملية الشعور بالانتفاخ؟**

- حركة القولون العصبى غير منتظمة. كما ذكرنا سابقا وغير متناسقة. وهذا

يؤدى بالتالى إلى الانقباض أو التقلص. وهذا الانقباض غير صحى لأنه لا يؤدى إلى دفع الفضلات أو الغازات فى الطريق السليم أى إلى أسفل القناة الهضمية بل يؤدى إلى حبس الغازات داخل القولون وعدم التخلص منها بسهولة. وهذا يحدث بالذات فى المنحنى الكبدى أو المنحنى الطحالى، مما ينتج عنه آلام مبرحة فى بعض الأحيان.

خامسا: الأعراض الخاصة بالدورة الدموية

من الأشياء المثيرة التى قد تصيب بعض مرضى القولون العصبى الاضطرابات الخاصة بالدورة الدموية أو الجهاز الدورى. فبالاضافة إلى أعراض القولون العصبى السالفة الذكر. قد يشكو المريض من خفقان بالقلب وسرعة بالنبض. وقد يشكو المريض أيضا من ضيق التنفس أو آلام بالصدر أو التعب الشديد عند القيام بأقل مجهود.

وفى بعض الحالات تكون آلام الصدر مصحوبة بآلام فى الذراع اليسرى، وهذا بالذات قد يحدث كعرض من أعراض المنحنى الطحالى نتيجة ضغط القولون على الحجاب الحاجز وعلى القلب. وكما قلنا سابقا أنه فى هذه الحالة يجب تقييم هذه الأعراض بواسطة الطبيب المختص. وفى بعض الأحيان قد يصاحب أعراض القولون العصبى انخفاض فى ضغط الدم أقل من الطبيعى وهذا ما أثبتناه فى أحد الأبحاث التى أجريناها فى كلية طب عين شمس.

سادسا: أعراض عامة

قد يشكو بعض مرضى القولون العصبى من ازدياد فى إفراز العرق أو نوبات من احتقان بالوجه. أو شعور بالسخونة دون ارتفاع فى درجة الحرارة، وهذه النوبات قد تصاحب نوبات القولون العصبى. وقد تحدث أحيانا بمفردها فى وقت مختلف.

وهذه الأعراض تحدث نتيجة اضطراب فى الجهاز العصبى اللا شعورى، وهناك بعض المرضى الذين يشكون أيضا من صعوبة بالتنفس المصحوبة بتنهدات واضحة. وهذا جزء من التوتر النفسى الذى يصاحب مرضى القولون العصبى ويجعلهم أكثر حساسية وقلقا عن الأشخاص العاديين.

سابعا: الأعراض النفسية:

تظهر الأعراض النفسية على هيئة:

١ - القلق النفسى والخوف المرضى من الإصابة ببعض الأمراض، وهذا يكثر فى صغار السن العصبيين.

٢ - الاكتئاب النفسى. وقد ينشأ هذا نتيجة الخوف من الإصابة بمرض عضوى أو نتيجة التوتر الانفعالى. وقد تكون هذه الأعراض - أى أعراض القولون العصبى - تخفى مرضا اكتئابيا داخليا وخصوصا فى المرضى كبار السن.

٣ - الأفعال الحوازية.. قد يصاب مريض القولون العصبى ببعض الأفكار أو الأفعال الحوازية.. فبعض هذه الأفكار قد تسيطر عليه مثل الإحساس الدائم بفقد الشهية أو انعدام طعم الطعام.. أو الرائحة الكريهة للفم (مع عدم وجودها) وبأن كثيرا من الناس يتجنبونه لذلك. وقد يكون لديه انشغال زائد بعملية الاخراج.

ملحوظة

آلام الجزء الأخير من القولون (المستقيم).

تشكو قلة نادرة من مرضى القولون العصبى من آلام شديدة ولمدد قصيرة بالجزء الأخير من القولون وقرب فتحة الشرج. وقد تستغرق هذه الآلام ثوانى قليلة إلى عدة دقائق. وقد تحدث هذه النوبات من الألم على فترات مختلفة. ويتم فحص المريض مرات عديدة.. وعادة ما يظهر الفحص الدقيق عدم وجود أى مرض عضوى، ودائما ما ينسى الطبيب أن المستقيم هو جزء من القولون وانه عرضة للتقلص والألم مثل بقية أجزاء القولون. ومما يؤخر تشخيص هذه الحالة أن الآلام التى تحدث بالمستقيم لا يصاحبها عاده آلام بالأجزاء الأخرى من القولون.

أسباب القولون العصبى

مرض القولون مرض قديم. وقد كان الرئيس الطبيب والعالم الفيلسوف ابن سينا ، وهو من أبرز علماء التاريخ، يعانى منه، وكان يسبب له آلاما مبرحة، ويجدر بنا أن نذكر هنا، أن هذا الطبيب العظيم كانت له عشرات الكتب فى نواحى المعارف المختلفة - ويكفيه فخر أن كتبه الطبية كانت تدرس فى جامعات أوروبا لمدة ثمانية قرون.

وفى العصر الحديث.. وصف العالم الشهير «باول» مرض القولون، ومنذ هذا التاريخ وآلاف الأبحاث تدور لمعرفة أسباب هذا المرض الواسع الانتشار، وبالرغم من كل هذه الأبحاث فالأسباب اليقينية لهذا المرض لم تكتشف بعد.

على أنه توجد هناك موافقة عامة ومقبولة من معظم المتخصصين فى مرض القولون العصبى بأن المرض ينتج نتيجة اضطرابات فى الحركة الدودية للقولون. فقد ذكرنا سابقا أن زيادة حركة القولون تؤدى إلى تقلص القولون وإلى حدوث الإمساك. كما تؤدى أيضا إلى الاحساس بالألم الذى يصاحب تلك الأعراض. ومن ناحية أخرى تؤدى قلة حركة القولون إلى حدوث الإسهال وغالبا ما يكون الألم بسيطا أو غير موجود. وهذه الحالات الأخيرة المصاحبة للإسهال، تكون نسبة بسيطة بين حالات القولون العصبى. كما وجد أيضا أن زيادة أعراض القولون بعد تناول الطعام مباشرة يرجع إلى حدوث الفعل الانعكاسى بين المعدة والقولون كما ذكرنا سابقا. وإلى إفراز هرمون الكوليسستوكينين الذى يفرز من الأمعاء الدقيقة.. ويؤدى ذلك إلى زيادة انقباض أو تقلص القولون العصبى.

ومع كل هذه الأبحاث المتقدمة - فما تم اكتشافه حتى الآن من أسباب القولون العصبى - لا يكاد يشفى غليل العلماء. فهناك كثير من نقاط الخلاف بين الباحثين فى مجال القولون العصبى. فأحيانا يمكن إثبات علاقة أحد الأعراض بالدراسة الفسيولوجية أو الحركية فى بعض المرضى. بينما يتعذر اثبات ذلك فى مجموعة أخرى.

وهذا يدعو إلى الحاجة إلى إجراء مزيد من الأبحاث المستفيضة للبحث فى أغوار هذا المرض الواسع الانتشار.

علاقة القولون بالأمراض النفسية

منذ أكثر من قرن.. لاحظ العالم الشهير «داكوتا» أن من أعراض التوتر النفسى ظهور المخاط عند عملية الإخراج وشبه تلك الحالة بحالات الإسهال التى تصيب الجنود أثناء الحرب.

ثم تتابع الباحثون فى مرض القولون العصبى، وربطوا بين أعراض القولون العصبى وبين التوتر النفسى، والقلق النفسى، كما ربطوا أيضا بين أعراضه وبين الإحساس بالذنب.

وقد لوحظ فى السنوات الأخيرة أن كبار السن معرضون أيضا للإصابة بالقولون العصبى وان هذه الأعراض قد تخفى تحتها مرض الاكتئاب النفسى. وهذا ما قمنا بدراسته فى كلية طب عين شمس وأثبتنا صحته.

تأثير التوتر النفسى

أثبتت جميع الفحوص الطبية ودراسة عينات حية من القولون فى صحة مرضى القولون العصبى - عن طريق المناظير الحديثة - عدم وجود أى تغيير فى صفات القولون، حتى بالفحص التشريحى الميكروسكوبى، فقد أثبت الفحص الدقيق انه لا فرق بين القولون فى حالة الأشخاص الطبيعيين وبين القولون فى مرضى القولون العصبى. وأحد الآراء الوجيهه يعتبر الضغوط الاجتماعية أو التوترات النفسية لا تسبب المرض بذاته، ولكن تؤثر على الشخص نفسه ككل، فتجعله أكثر حساسية فى مقابلة تلك الضغوط أو التوترات، وقد تلعب تجارب الطفولة دورا هاما فى تكوين تلك الحساسية المفرطة لدى الشخص المصاب، وبناء على ذلك فتعتبر المشاكل الطارئة هى المحرك الذى أدى إلى ظهور أعراض المرض.. بالرغم من أن كثيرا من الأشخاص العاديين قد يصابون بأعراض القولون العصبى مثل الإسهال الذى يصيب الطالب قبل دخوله الامتحان.

والنظرة الحديثة لعلاج حالات القولون العصبى هى النظرة الشاملة العامة لعلاج الشخص ذاته كوحدة متكاملة، وليست علاجا يقتصر على معالجة القولون وحده، ومما يؤدى ذلك مما ذكرناه سابقا من حدوث أعراض بأجهزة الجسم الأخرى بالاضافة إلى أعراض القولون العصبى، نتيجة تأثر الجهاز العصبى اللا إرادى الذى يضع بصماته على أعضاء الجسم وأجهزته المختلفة بالاضافة إلى القولون العصبى.. فيحدث للمريض سرعة بالنبض وضيق بالتنفس وعرق غزير وشعور بالتعب.. كما ذكرنا سابقا.

❁ ❁ ❁

أسباب اضطراب القولون

أسباب إضطراب القولون

والآن وقد عرفنا أن اضطراب حركة القولون هى السبب الرئيسى فى إظهار أعراض القولون العصبى.. فما أسباب هذا الاضطراب؟

- نعيد ما سبق أن ذكرناه مرارا بأن السبب اليقينى غير معلوم. ولكن هناك بعض الظواهر التى يلاحظها العلماء الدارسون لمرض القولون العصبى وهى كالآتى:

١ - حساسية مرهفة بالجهاز العصبى تورث مع الشخص نفسه. والمتتبع لهؤلاء المرضى يجد أن هذه الحساسية المفرطة تظهر فى كثير من الأحيان أثناء طفولة الشخص المريض.

٢ - نوع الطعام: فى بعض الدراسات الخاصة بمرض القولون العصبى، وجد أن حوالى نصف المرضى يربطون بين أعراض القولون وبين تناول طعام بعينه مثل الفواكه أو الطماطم أو السلطات أو الأكلات المحمرة. وفى بعض الأحيان يكون تناول اللبن والبيض والسمك والقهوة. مسئولا عن أعراض القولون العصبى فى رأى فئة أخرى من مرضى القولون العصبى.

أما عن صحة هذا الادعاء - فإنه من الناحية الفسيولوجية - توجد بعض الأغذية تعتبر مسهلة.. وأحيانا تضايق القولون مثل البصل والقرنبيط والخيار، وأحيانا البرتقال والعسل الأسود والمواد الكحولية كالبيرة، وكذلك تناول كميات كبيرة من القهوة، إلا أنه من الناحية الأخرى.. يجب ألا ننسى وجود بعض العادات الخاطئة مثل عدم تناول الوجبات لقضاء الحاجة فى كثير من هؤلاء المرضى.. مما يؤدى إلى تعسر الهضم وحدوث الامساك الذى يلعب دورا هاما فى ظهور الأعراض.

ومما يجدر ذكره، أنه قد لوحظ أيضا، أن تناول كميات كبيرة من المواد الدهنية ومن النشويات يؤدى إلى مضايقة القولون، وبالتالى يؤدى إلى ظهور أعراض المرض.

ومما يؤكد هذا الرأى - أن بعض الهرمونات الداخلية وهى المسماة

بالبروستاجلاندين يزداد إفرازها بالجسم نتيجة وجود نوعيات خاصة من الطعام السابق الذكر - مما يزيد من احتمال وجود مسئولية «محدودة» لهذا الطعام فى حدوث الأعراض.

٣ - لوحظ أيضا أن نسبة الألياف الموجودة بالطعام تلعب دورا مهما فى أعراض القولون العصبى، فقد وجد أن زيادة كمية الألياف فى نوع من الطعام مثل الخبز الأسود (الذى يحتوى على زيادة فى كميات الردة أو السن) يؤدى إلى تحسين فى حركة القولون الذى يؤدى بدوره إلى تحسن فى أعراض القولون العصبى خصوصا إذا كان هناك إمساك.

٤ - الأدوية: هناك كثير من الأشخاص المغرمين بتناول الملينات. وأكثر هؤلاء لا يشكون حقيقة من الامساك ولكنهم مع ذلك يتناولون هذه المسهلات بصفة مستمرة مثل أملاح السلفا وغيرها. بغرض التخلص من الفضلات الموجودة بالأمعاء. وتدور أفكار الأشخاص معظم الوقت حول عملية الاخراج وضرورة الذهاب إلى الحمام مرة أو مرتين أو ثلاثا كل يوم. وغنى عن البيان أن هذا الاعتقاد خاطىء، فشربة سلفات المانزيا أو الملح الانجليزى ترهق القولون فى الأشخاص العاديين. فما بالك بالقولون العصبى وهو ما عليه من حساسية مفرطة وعصبية زائدة.

وعلى ذلك فينصح السليم وكذلك مريض القولون العصبى بأن يتناول الخضراوات التى يرتاح إليها مثل الخس والبقدونس مثلا مع استعمال الخبز العادى (البلدى) أو الخبز السن لتليين الطبيعة. وكذلك نفس القول بخصوص الفاكهة، وهناك الملينات السليولوزية التى تنتج من الخضراوات والفواكه وهذه وإن كانت غالية الثمن. غير انها لا تضر القولون.

*** وماذا عن تناول الأقراص الملينه أو الملين النباتى؟**

- نفس الكلام الذى ذكرناه سابقا - هو إرهاق القولون العصبى - وضررها أكثر من نفعها.

*** وماذا عن استعمال الأدوية الأخرى التى يتعاطاها الشخص لحالة مرضية معينة غير القولون؟**

– هناك بعض الأدوية كالمضادات الحيوية وأقراص الديجيتالا والكينى والكيندين وبعض أقراص ضغط الدم المرتفع التى قد تؤدى إلى زيادة أعراض القولون العصبى. وهنا يمكن للطبيب المعالج أن يستبدلها بأنواع مناسبة أخرى إذا كان ذلك ممكنا.

٥ – نقص أنزيم أو خميرة اللاكتيز (الهاضمة لسكر اللبن) داخل الغشاء المخاطى للأمعاء: نتيجة للأبحاث التى قمنا بها فى كلية طب عين شمس. وجد أن ٦٥٪ من المصريين الأصحاء يعانون من نقص خميرة اللاكتيز فى أمعائهم الدقيقة. وهذه الخميرة مسئولة عن هضم سكر اللاكتوز أو سكر اللبن. وهو سكر ثنائى موجود فى اللبن، وعلى هذا فهناك احتمال كبير فى أن تناول اللبن بكميات وفيرة يؤدى إلى أعراض شبيهة بأعراض القولون العصبى من ألم البطن وانتفاخ وكركبة – وأحيانا إسهال – وذلك فى حوالى ثلثى السكان. ذلك أن عدم هضم سكر اللبن إلا بالجلوكوز والجلاكتوز اللذين يمكن امتصاصهما يجعل وجود هذا السكر (سكر اللبن) عبئا على القولون حيث يؤدى إلى امتصاص كمية كبيرة من المياه من الأمعاء. فيحدث نتيجة ذلك الشعور بالانتفاخ، وأحيانا الاسهال.

وهؤلاء الأشخاص الأصحاء يمكن تشخيص حالتهم (نقص خميرة اللاكتيز) بواسطة فحص معملى بسيط لمعرفة وجود هذا النقص من عدمه. وذلك حتى لا تختلط أعراض هذا النقص مع أعراض القولون العصبى كما سنبين ذلك.

❀ ❀ ❀

القولون عصبى: لماذا؟

والآن حان الوقت لنعلم كيف يتم تشخيص مرض القولون العصبى، وليس هذا دعوة منا إلى غمط حق الطبيب. وليس أيضا دعوة للمريض ليشخص نفسه، ولكنه مجرد عملية تمهيد وترشيد تصلح مدخلا للمريض نفسه وللطبيب أيضا.

وأول ما نبادر بذكره هو الحقيقة بأنه وإن كانت عملية تشخيص مرض القولون العصبى تبدو سهلة يسيرة، إلا أنها فى الحقيقة غاية فى التعقيد.

إذ أننا قد رأينا مسار القولون ومجاورته لكثير من الأعضاء بالبطن والصدر - والحيرة الشديدة التى تصيب الطبيب لتفرقته عن أعراض الأعضاء المجاورة - وهى حيرة حقيقية تحتاج إلى تقييم دقيق وحاسم. ومما يزيد الأمور تعقيدا هو حاجة الطبيب الاخصائى إلى إجراء فحوص خاصة للقولون حتى نتأكد من عدم وجود سبب عضوى بالقولون.

وعلى ذلك يكون تشخيص القولون العصبى عن طريق استبعاد جميع الأمراض التى قد تتشابه مع أعراضه وذلك يتم عن طريق الفحوص والأبحاث الخاصة.

ويدور تشخيص القولون العصبى نحو محاور ثلاثة

أولا: أعراض القولون العصبى.

ثانيا: توافق هذه الأعراض مع التوترات النفسية التى يقابلها المريض.

ثالثا: عملية استبعاد الأمراض العضوية التى تتشابه مع أعراض القولون.

وملخص الأعراض كما ذكرنا هو الشعور بألم بالبطن. خصوصا فى الناحية اليسرى مع اضطراب، فى عملية الاخراج.. إما على هيئة امساك أو اسهال أو الاثنين معا.. وأخيرا حدوث المرض فى نوبات شديدة إلى حد ما يتخللها أوقات من الهدوء النسبى مع الاحساس بالانتفاخ. وأحيانا الشعور بالدوخة وازدياد افراز العرق.

- **هل يحتاج مريض القولون إلى اجراء فحوصات خاصة؟**

– هذا السؤال هو من اختصاص الطبيب. وفى رأينا أن يتم فحص البراز فحصا دقيقا للتأكد من خلوه من الطفيليات أو الدم المتخفى. مع العلم بأن حويصلات (أكياس) الأميبا التى توجد فى البراز لا يعول عليها كثيرا كما ذكرنا سابقا.

كما يجب أيضا عمل صورة للدم وسرعة الترسيب. كما يجب عمل فحص بالمنظار الشرجى للتأكد من عدم وجود مرض عضوى خصوصا بالجزء الأخير من القولون. وهما المستقيم والقولون الحوضى.

وبعد اجراء هذه الفحوص – يمكن للطبيب أن يكتفى بها او قد يحتاج إلى عمل فحوصات اضافية يحددها مكان المرض. فمثلا قد يحتاج المريض لعمل منظار للمعدة أو أشعة بالباريوم على المعدة. فى حالة اشتباه وجود مرض بالمعدة أو الأثنى عشر. وقد يحتاج المريض لعمل أشعة بالباريوم على القولون نفسه أو منظار قولونى للتأكد من عدم وجود مرض عضوى به. وقد يحتاج الطبيب لعمل فحص بالموجات فوق الصوتية أو عمل أشعة ملونة على المرارة فى حالة اشتباه وجود مرض عضوى بها.

وهذه الفحوصات الاضافية غير مطلوبة فى كل حالة. ولكن – فقط – فى حالة الاشتباه أو لزيادة التأكد من عدم وجود مرض عضوى. وهذا هو ما يقرره الطبيب المختص. ويجب أن ننبه إلى الحقيقة الهامة وهى أن المغالاة فى عمل الأبحاث تكون مكلفة للفرد ومرهقة له نفسيا وماليا.

حيث أن كل ما ذكرناه سابقا من أبحاث أو فحوص ليست عملا روتينيا تحتاجه كل حالة.

* **التفرقة بين القولون والأمراض الأخرى**

هناك نقطتان يجب التنويه عنهما بخصوص تشابه أعراض القولون العصبى لبعض الأمراض العضوية.

أولهما: تشابه أعراض القولون مع أعراض القولون الحبيبى أو الحويصلى.

فقد يتشابه الاثنان تشابها كبيرا، خصوصا فى المرضى كبار السن. وفى هذه

الحالة قد نلجأ إلى المنظار الشرجى أو لعمل أشعة بالباريوم على القولون وذلك لتوضيح وجود الجيوب الصغيرة أو الحويصلات فى حالة مرض القولون الحويصلى.

ثانيهما: التهاب الزائدة الدودية وخصوصا الحالات تحت الحادة.

وتظهر الأعراض على هيئة نوبات من الألم فى الناحية اليمنى أسفل البطن.

وتكون حالة المريض بين النوبات طبيعية. عكس القولون العصبى حيث أن النوبات الشديدة فى هذه الحالة تترك مكانها لألم بسيط مستمر حتى حدوث نوبة جديدة. وفى مثل هذه الحالات يجب أن يوضع المريض تحت الملاحظة لاستبعاد وجود التهاب بالزائدة الدودية. وذلك للحاجة الملحة لاجراء جراحة عاجلة فى حالة التهاب الزائدة فى الوقت المناسب.

❀ ❀ ❀

لا .. ليس القولون العصبى

سنناقش هنا بعض الأمراض التى تصيب القولون وتؤدى إلى ظهور بعض الأعراض المشابهة.

وهى الدوسنتاريا بأنواعها.

والتهاب القولون الحويصلى أو الحبيبى.

والتهاب القولون التقرحى.

هذا - ويجب أن ننبه إلى وجود بعض الأعراض القليلة الانتشار والتى لا يحتاج القارىء العادى أن يعرفها ولا يمكن لكتاب صغير أن يلم بها، ونبدأ بدراسة الدوسنتاريا وأنواعها.

❀ ❀ ❀

الـدوسنتاريـا

وهى ثلاثة أنواع رئيسية - أميبية - باسيلية - بلهارسية.

الدوسنتاريا الأميبية

وهى من أهم الأمراض التى تصيب القولون فى مصر والدول الحارة المناخ ويسبب المرض طفيل وحيد الخلية يعرف بالأميبا - وهذه الأميبا توجد إما فى صورة أكياس تسبب العدوى - وإما على هيئة خلايا نشطة ولكنها غير معدية حيث أنها تموت بسرعة.

وهذه الأكياس تفرز مع البراز من الشخص المصاب وتحدث العدوى للشخص السليم، عن طريق شرب مياه أو عصير ملوث بهذه الأكياس أو تناول خضراوات أو فاكهة ملوثة وغير مغسولة جيدا. وفى أمعاء الشخص السليم ويتم تحويل هذه الأكياس إلى أميبا نشطة تهاجم الغشاء المخاطى للقولون وتؤدى إلى التهابه وظهور تقرحات به.

أعراض المرض

١ - كما قلنا سابقا - أن مجرد ظهور أكياس الأميبا فقط بالبراز لا يصحبه عادة أى مرض.

٢- فى بعض الحالات - تظهر أعراض بسيطة مثل آلام بالبطن وانتفاخ مع اسهال بسيط.

٣ - الحالات الحادة ويصحبها اسهال ودم ومخاط وتعنية وقد يتضخم الكبد نتيجة انتقال الاصابة من القولون إلى الكبد.

٤ - فى بعض الحالات الشديدة قد تحدث أعراض تسمم وقد يحدث أيضا التهاب بريتونى (حالات نادرة).

٥ - وكما أن تضخم الكبد يحدث نتيجة الاصابة بالدوسنتاريا الأميبية للقولون -

فـإنه فى بعض الحـالات يتكون خـراج أمـيبى بالكبـد - وفى هذه الحـالة يسـتـعـان فى التشخيص باستعمال الموجات فوق الصوتية للبطن - يمكن أيضا اعطاء العلاج المكثف لعلاج الأميبا - وحدوث تحسن ملموس فى الحالة نتيجة استجابة المريض للعلاج.

أما العلاج فهو أقراص المترونيدازول - تحت اشراف الطبيب. وفى بعض الحالات - يكون التشـخـيص صعبا - وهنا يلجأ لطبيب الاخصـائى فى هذه الحـالة إلى اجراء فحوصات أكثر تخصصا.

الدوسنتاريا الباسيلية

وتسببها بكتيريا من فصيلة الـ «شيجيلا» - وهى ميكروبات تغزو جدار القولون.

وتؤدى أيضـا إلى التـهـاب وظهور تقرحات سطحية بالجدار المخاطى تختلف فى المظهر عن الالتهاب الأمبيى السابق الذكر.

والأطفـال أكـثـر عـرضـة من الكبـار للاصـابة بالمرض. ويـحـدث ارتفـاع فى درجـة الحـرارة ومغص واسـهـال متكرر. كـمـا يظهـر الدم والمخـاط فـى البراز. ويظهـر أيضـا أعراض التسمم وفقد السوائل من الجسم. ويمكن تشـخـيص المرض عن طريق فـحص البراز وعمل مزرعة وأحيانا يحتـاج الطبيب إلى عمل منظار شرجى حيث يمكن رؤية التهاب الغشاء المخاطى والتقرحات الموجودة به.

ويرتكز عـلاج الدوسنتـاريا البـاسـيليـة عن طريق تعـويض السـوائل والأمـلاح التى فقدت من الجسم وقد يحتاج المريض إلى أخذها بواسطة الطبيب فى الوريد.

ولكن مـعظم الحـالات تسـتـجـيب للسـوائل المعـوضـة عن طريق الفم. أمـا المضـادات الحيوية التى يكثر استعمـالها فى هذه الحـالات، فـأثرها محـدود للغاية ويجب ألا يعـتمـد عليها وحدها فى العلاج، بل يجب الاهتمام الزائد بالسوائل المعطاة للمريض. والوقـاية من المرض أفضل ألف مرة من العلاج. وينصح بغسل اليدين جيدا بالماء والصابون قبل تنـاول الطعـام. وعـدم تناول أى طعـام من البـاعـة الجـائلين كـمـا يجب أن تغـسـل الخضراوات والفواكه جيدا بالماء الجارى لمدة ٥ دقائق.

ويستحسن غسلها بالماء والصابون معا.

الدوسنتاريا البلهارسية

وهى ثالثة أنواع الدوسنتاريا.. وبالرغم من أهميتها الفائقة وانتشارها الشديد فى ربوع الريف وبالقرب من مصادر مياه النيل فى المدن أيضا - إلا أنها فى أكثر الأحيان منسية من الطبيب ويدور المريض عادة فى حلقة مفرغة من المضادات الحيوية إلى الأقراص المعالجة للأميبا - دون طائل - حتى يتم التشخيص بعد جهد شديد.

ويسبب هذا النوع من الدوسنتاريا - دودة البلهارسيا التى لا تزال تفعل بنا هنا فى مصر الأفاعيل والتى يقدر المصابون بها بالملايين. وهذه الدودة (الذكر والأنثى) تعيش فى الوريد البابى المتصل بالكبد فى حالة الشخص المصاب - وتقوم الأنثى بوضع البيض بالآلاف الذى يتجه عن طريق الأوعية الدموية إما إلى المثانة (بلهارسيا بولية) - وإما إلى القولون كما يكون الحال فى حدوث الدوسنتاريا البلهارسية. وسبب حدوث الدم عند التبول أو التبرز - هو وجود شوكة بطرف هذه البويضات وهى تجرح الأغشية لكى تستطيع الخروج إلى الخارج فتسبب بذلك النزيف الذى يسبب البول والبراز المدمم. وفى المياه العذبة كالترع ومجارى الأنهار والمصارف تفقس البويضة ليخرج منها الميراسيديم (طور طفيلى فى حياة الدودة) - الذى يبحث عن عائله الثانى (غير الانسان) وهى القواقع التى تعيش فى الماء. ويتكاثر الميراسيديم داخل القوقع ويتحول الى عدد كبير من طور آخر يسمى السركاريا. التى تسبح فى الماء حتى تصل إلى الإنسان وعند ملامسة جلده - فإنها تخترقه ثم تمر خلال رحلة طويلة متعددة الجوانب خلال جسم الإنسان حتى تصل أخيرا إلى الوريد البابى للكبد فتستقر هناك حيث تصبح دودة كاملة - تقوم بوضع البيض من جديد لسنوات طويلة وتتكرر دورة الحياة التى تستغرق ٦ أسابيع.

الأعراض

يشكو المريض الذى يتعامل مع ماء الترع والقنوات وفروع الأنهار والمصارف - مثل الفلاحين والعمال الذين يعملون بالمصارف والصيادين والمستحمين (وحتى غسل اليدين أو أى ملامسة للماء) - يشكو المريض من حكة بالجد نتيجة دخول السركاريا وقد يحدث ارتفاع بسيط فى درجة الحرارة - وبعد شهر أو شهرين من أخذ العدوى قد تظهر ارتكاريا وحكة كما قد يحدث تضخم بالكبد وحدوث إسهال.

وأما أعراض الدوسنتاريا من إسهال وآلام بالبطن وظهور دم بالبراز وتظهر فى المرحلة الثالثة، وحدوث الدسنتاريا البلهارسية - ليست بالأمر الخطير حين تجد طريقها إلى العلاج السريع. ولكن أهم مضاعفات البلهارسيا هو ما يصيب الكبد - خصوصا فى المراحل المتأخرة حيث قد يصيبه كثير من التليف.

* وتشخيص الدوسنتاريا البلهارسية يتم عن طريق فحص البراز - وان كان ذلك ليس كافيا فى كثير من الحالات لأنه فى أكثر الحالات لا يمكن اكتشاف بويضات البلهارسيا فى البراز إلا فى عدد محدود من المرضى المصابين (٢٠ - ٣٠٪) ولكن فى أكثر من ثلثى الحالات لابد من استعمال وسائل أخرى عند الشك فى وجود بلهارسيا - مثل المنظار الشرجى مع أخذ «نسخة» أو عينة صغيرة من الغشاء المخاطى وذلك لفحصها لإظهار وجود بويضات البلهارسيا من عدمه. ويعتبر هذا الفحص من أدق الفحوصات المشخصة للبلهارسيا إذ أن نسبة نجاحه ٩٠٪ من الحالات. وهذا النوع من التشخيص بسيط ويجب اجراؤه قبل الحكم على عدم وجود بلهارسيا وهو لا يعتبر ترفا أو إسرافا. وذلك ليتم العلاج المبكر قبل أن يستفحل المرض.

* هذا ومن حسن الحظ أن استحدثت أخيرا علاجات حديثة ومؤثرة لعلاج البلهارسيا عن طريق الفم. وتعطى نتائج باهرة. وإن كان ذلك لا يمنع من الاصابة مرة أخرى عند ملامسة المياه. نرجع إلى مشكلة فلاحينا وعمالنا المتعاملين مع المياه فى الترع والقنوات والمصارف. فكما قلنا سابقا إن الوقاية دائما خير من العلاج. ولكن تصادفنا هنا صعوبات شديدة فى تطبيق هذه القاعدة . فلكى نمنع حدوث الأصابة بالبلهارسيا يلزمنا السيطرة على ثلاثة أهداف رئيسية.

أولا: عدم التبرز أو التبول بالمياه أو بجوار مصادرها. وهذا وإن بدا يسيرا، فهو غاية فى الصعوبة خصوصا فى الريف حيث يتعود الأطفال وأحيانا الكبار على الاستحمام فى مياه الترع وقضاء الحاجة. بل أن الكارثة أيضا فى الفتيات والنساء اللاتى يقمن بغسيل الملابس والأوعية المختلفة فى مياه الترع وهذا يعرضهن للاصابة أيضا.

ثانيا: محاربة القواقع التى تعيش فى المياه الحلوة – والتى تتخذها البلهارسيا عائلا ثانيا – فالقضاء على القواقع هو قضاء على المرض نفسه. ومرة أخرى فهذا أسهل نظريا وصعب جدا عمليا حيث أن المياه تحتاج إلى كميات كبيرة من الكيماويات التى تقضى على هذه القواقع. وهذه الكيماويات سرعان ما تختفى من الماء بعد مسافة قصيرة مما يستلزم اضافة هذا الكيماويات على مسافات متقاربة – مع ملاحظة صعوبة ذلك حيث أن هذه المجارى المائية تمتد إلى آلاف الكيلو مترات. أضف إلى ذلك الأضرار التى قد تحدثها هذه الكيماويات للانسان والحيوان والنبات.

ثالثا: تجنب التعرض للمياه الملوثة (وكل ترع مصر وقنواتها ومصارفها تعتبر تقريبا ملوثة بالبلهارسيا). وهذا صعب جدا إذ يلزم التوعية والتثقيف الصحى ورفع مستوى الحياة كما يلزم أن يرتدى الفلاح أو العامل قفازات طويلة وأحذية طويلة من المطاط قبل تعامله مع الماء. وإذا كان ذلك صعبا إلى حد ما. إلا أننا يجب أن نركز عليه كل التركيز ونجعله هدفا قوميا – هو أن الصين قد نجحت عن طريقه فى القضاء على البلهارسيا.

* هذا بالاضافة إلى اكتشاف الحالات مبكرا وعلاجها سريعا، وحين يمكننا التغلب على هذه الحلقة المفرغة الموجودة من آلاف السنين – أو كسر إحدى حلقاتها – فسوف تختفى البلهارسيا – التى تكلف الشعب المصرى خسارة تقدر بالملايين من الجنيهات بالاضافة إلى الأثر السيىء على الصحة العامة والتى لا تقدر بثمن.

وندعو الله العظيم أن يكون يوم القضاء على هذا المرض قريبا.

مرض القولون الحويصلى الحبيبى

يدل الاسم الوصفى لهذا المرض على حقيقته - وذلك أنه من خلال جدار القولون ونتيجة حدوث ضعف فى جدار القولون ونظرا لنقص العضلات فى هذه المناطق، فإن بعض الجيوب الصغيرة أو الحويصلات تبرز خلال جدار القولون، وبالرغم من أن السبب اليقينى لحدوث هذه الجيوب الصغيرة غير معروف - الا أن اضطراب حركة القولون الدودية يلعب دورا هاما فى ذلك.

ومن حسن الحظ أن المرض قليل الحدوث فى مصر والدول النامية، ويرجع أن سبب ذلك هو تناول كميات كبيرة من الألياف فى الطعام فى تلك الدول، وأكثر الحالات تحدث فى السن الكبيرة وأعراض المرض تشبه إلى حد كبير أعراض القولون العصبى من حيث وجود ألم بالمنطقة السفلى من البطن - وأحيانا لا يشكو المريض من أى عرض. وتكتشف هذه الجيوب مصادفة وذلك أثناء عمل أشعة بالباريوم على القولون لسبب أو آخر. فى بعض الأحوال القليلة - قد يحدث التهاب بأحد هذه الجيوب - فيؤدى إلى ألم شديد بالبطن وارتفاع فى درجة الحرارة.

ويتم تشخيص المرض عن طريق عمل أشعة بالباريوم على القولون. والعلاج الوقائى هو الاكثار من الخضراوات والفواكه التى تحتوى علا الألياف الكثيرة وتناول الردة ملعقة كبيرة ثلاث مرات يوميا يؤدى نفس الغرض. ويمكن استعمال بعض الأدوية المهدئة للقولون كمشتقات البلادونا تحت اشراف الطبيب وحين يحدث الالتهاب، فيجب تعاطى المضاد الحيوى تحت اشراف الطبيب أيضا.

وقد يلجأ إلى العلاج الجراحى فى بعض الأحوال القليلة جدا عند هذه الجيوب بكثرة فى جزء محدود من القولون ولم تتحسن الحالة بالأدوية.

التهاب القولون التقرحى

وهو نوع من الالتهاب الذى يصيب الغشاء المخاطى للقولون ويجعله يعانى من الاحتقان والتقرحات. ومن حسن الحظ أن هذا المرض نادر الحدوث فى مصر والمناطق الحارة بينما هو واسع الانتشار فى البلاد الغربية وأمريكا.

وأسبابه غير معروفة - إذ لم يثبت حتى الآن وجود أى نوع من الميكروب المسبب للمرض - وإن كانت أبحاث المناعة تشير إلى احتمال حدوث اضطراب بالجهاز المناعى للمريض قد يكون مسئولا عن حدوث المرض.

وأعراض المرض تشمل آلاما بالبطن من الجهة السفلى وإسهالا مدمما. وقد يصاحب ذلك حمى وأعراض تسممية وقد يؤثر المرض على أجهزة الجسم المختلفة فيؤدى إلى تضخم بالكبد والتهاب بالمفاصل. ويحدث التهاب بالعينين والتهاب بالجلد. والتشخيص يتم عن طريق منظار الشرج وأخذ عينة للفحص الدقيق. ويرتكز العلاج حول مركبات معينة من السلفات وذلك بعد أن يتم التشخيص الأكيد. وفى حالات قليلة يستعمل الكورتيزون كحقنة شرجية أو عن طريق الفم تحت إشراف الطبيب المستمر. وبحيث لا يستعمل الكورتيزون إلا فى حالة الضرورة القصوى (وذلك ينطبق على كافة الأمراض التى تستعمل فيها الكورتيزون) حيث قد يسبب هذا العقار أعراضا جانبية شديدة وخطيرة ويجب على المريض أن يراجع طبيبه من حين لآخر - ويجب على الطبيب ألا يمل من تكرار ذكر الآثار الجانبية للعقار وأنواعها الخطيرة على مسامع مرضاه حيث أن كثيرا من المرضى يستعملون العلاج ويستمرون عليه بدون نصيحة الطبيب.

التهاب الزائدة الدودية

من أهم الالتهابات الحادة التى تتعرض لها الأعضاء داخل البطن هو التهاب الزائدة الدودية – وتحدث الاصابة بالتهاب الزائدة خاصة فى صغار السن بين الخامسة من العمر والثلاثين سنة. ويقل حدوث الالتهاب بعد سن الأربعين.

أسباب التهاب الزائدة

بينا سابقا أن للزائدة الدودية فتحة واحدة متصلة بالقولون، وهى مجوفة من الداخل – وقد يحدث أحيانا أن تصاب الزائدة بانسداد داخل تجويفها – فيحدث نتيجة لذلك الالتهاب.

وأعراض الزائدة هى

ألم مفاجىء فى منطقة السرة أو أعلى قليلا – ثم يتمركز الألم تدريجيا بعد ساعات قليلة فى الناحية اليمنى من البطن ولأسفل. وهذه هى الصورة العامة للمرض التى تحدث فى أغلب الحالات – غير أنه فى بعض الحالات وهى غير قليلة – قد يتغير موضع الألم إما إلى أعلى أو إلى أسفل حسب موقع الزائدة. يصاحب هذا الألم الشعور بالغثيان – فأحيانا قد يحدث قىء وعادة يصاحب ذلك امساك، بالرغم من أن الإسهال قد يحدث فى بعض الأحوال القليلة.

وفى بعض الأحيان – يكون الضغط على الجانب الأيسر من القولون يسبب ألما فى مكان الزائدة – أى فى الناحية اليمنى من البطن.

منتدى سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET

*** وماذا يفعل المريض إذا ظهرت مثل هذه الأعراض؟**

يجب أن يسارع المريض فورا إلى رؤية طبيبه.

*** هل يسمح للمريض بأخذ نوع من المسكنات؟**

لا.. فهذا ممنوع اطلاق – حتى لا تتغير صورة الأعراض أو الفحص عند كشف الطبيب.

*** هل ينصح المريض باستعمال المضادات الحيوية؟**

لا ينصح اطلاقا باستعمال المضادات الحيوية دون استشارة الطبيب - حيث أن الحل الوحيد هو الجراحة السريعة لاستئصال الزائدة - خصوصا فى الـ ٢٤ أو الـ ٤٨ ساعة الأولى من حدوث المرض.

*** وماذا عن استعمال الملينات خصوصا فى حالة وجود الامساك؟**

هذا ممنوع أيضا. خصوصا استعمال الحقنة الشرجية حيث يؤدى ذلك إلى مضاعفات شديدة.

*** هل يحدث التهاب الزائدة مع وجود مرض القولون العصبى؟**

بالطبع قد يحدث ذلك.. لأن مرض القولون العصبى كما ذكرنا واسع الانتشار. وقد يصاحبه بعض الأمراض الأخرى الاضافية. وعلى المريض أن يبادر برؤية طبيبه وعلى الطبيب أن يدقق فى فحص المريض فى كل مرة تتغير فيها الأعراض عن أعراض القولون العصبى - وخصوصا إذا حدث ارتفاع فى درجة الحرارة. وفى حالة التشكك أو عدم الجزم بالتشخيص - يوضع المريض تحت الملاحظة لفترة من الزمن مع قياس النبض والحرارة المستمر.

*** وماذا عن استعمال الجراحة بعد ٤٨ ساعة؟**

كما ذكرنا سابقا - أن الجراحة تتم خلال الـ ٢٤ ساعة أو الـ ٤٨ ساعة الأولى - حتى تعطى نتائج طيبة بدون مضاعفات. ولكن بعد هذه المدة يجب اعطاء المريض المضادات الحيوية وملاحظته بالدقة المطلوبة. فإذا لم يحدث تحسن ملموس فلابد من التدخل الجراحى - وهنا تطول مدة النقاهة من المرض عنها فى الحالات التى أجريت لها الجراحة المبكرة.

الأورام والقولون

فى بعض الحالات القليلة - قد يحدث وجود ورم بالقولون وهو فى أكثر الحالات يكون هذا الورم حميدا.

ولكن يجب على الطبيب اجراء الفحوصات المطلوبة من اشاعات ومناظير - للتأكد من أن هذا الورم حميد.

ومن حسن الحظ - أن الأورام غير الحميدة بالقولون قليلة الحدوث فى مصر عنها فى الدول الغربية - ويرجع ذلك الى تناول الألياف بكثرة فى الخضراوات والفواكه والتى ذكرناها سابقا وهى العادة المنتشرة فى الدول النامية.

ومع ذلك فواجب الطبيب أن يضع الأمور دائما موضع الجد ويتم تعقيم المريض فى وقت مبكر. وعلى المريض أن يبادر أيضا بتنفيذ أوامر الطبيب وعمل الفحوصات المطلوبة بخصوص الأشعة والمناظير حتى تكون نتيجة العلاج المبكر جيدة.

❀ ❀ ❀

منتدى سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET

مريض القولون العصبى..

ماذا يأكل؟

مريض القولون العصبى ماذا يأكل؟

إن ما يحتاجه مريض القولون العصبى هو الطعام المتوازن المناسب الذى لا يقوم على الحرمان.

هناك اعتقادات خاطئة خاصة بالتغذية فى حالة مرض القولون العصبى - على سبيل المثال «إن مريض القولون يحتاج إلى طعام تقل فيه نسبة الألياف أى أن يمتنع عن تناول الخضراوات والفواكه، وهناك اعتقاد آخر عكس ذلك تماما وهو يرفع الردة (أو السن) وبالرغم مما فيهما من مزايا وتليين للإخراج - يرفعها إلى أعلى تقدير وبأنها البلسم الشافى للمريض، وكلاهما خاص - والصحيح هو أن الأكل الطبيعى المتوازن والذى يحتوى على كميات متوسطة من الألياف هو الطعام الأمثل.

* معنى ذلك - أن يتناول مريض القولون العصبى الخضروات والفواكه التى تحتوى على الألياف؟

- بكل تأكيد وبشرط أن يتناول المريض منها ما يناسبه. ولا يجزم المرء اطلاقا بأن نوعا من الخضار أو الفاكهة ستتعبه حتما. صحيح أن هناك بعض الخضراوات الصعبة الهضم مثل البصل والقرنبيط والتى لا يطيقها السليم. وبالتالى لا تناسب مريض القولون العصبى.

ولكن يجب أن نزيل الاعتقادات الخاطئة بأن الخضراوات والفواكه محرمة عليهم بل أننى أرى كثيرا «لستة» طويلة من الممنوعات - لا تكاد تبقى للمريض شيئا يأكله، ومن الصعب تنفيذها. وهذا طبعا خطأ جسيم.

*** وماذا عن تناول الألبان؟**

- سنشرح هذا الموضوع شرحا وافيا - حيث ان نقص الخميرة (الانزيم) فى الغشاء المخاطى لأمعاء بعض الشعوب ومنها الشعب المصرى يؤدى إلى صعوبة هضم السكر الموجود فى اللبن والمعروف باسم سكر اللاكتوز. ويمكن لمريض القولون

استخدام اللبن بكميات بسيطة مثل تناوله على الشاى. وذلك فى أكثر الحالات. ويمكنه استخدام منتجات الألبان مثل الجبن واللبن الزبادى.

*** هل هناك بعض الخضراوات التى تلائم مريض القولون؟**

- بعض الخضراوات مثل الخس والبقدونس تناسب مريض القولون فى أغلب الحالات. وإلى حد ما الجرجير والكرافس ولكن هناك بعض الخضراوات مثل البصل والقرنبيط والفجل - مما يصعب تناوله. وعلى ذلك يجب أن يتجنبه مريض القولون العصبى.

كذلك هناك صعوبة فى هضم البطيخ والشمام والخيار وأكثر المرضى يمكنهم تناول الكمثرى والتفاح والبرتقال والعنب وباقى الفواكه بكميات متوسطة أو قليلة.

وعلى سبيل المثال - نصحت أحد المرضى بالقولون العصبى بأنه لا بأس من ان يتناول البرتقال بعد ان حرم منه سنوات عديدة. وبالفعل لم يجد فى ذلك صعوبة. وفى إحدى المراحل جاء يشكو مر الشكوى من البرتقال. وبعد سؤالى المتكرر ومحاولته عدم الاجابة - تبينت أنه يتناول «ثمانى برتقالات» كبيرة وبالطبع هذا اسراف كبير لا يتحمله حتى أمعاء الشخص العادى.

*** وماذا عن الشاى؟**

- شرب الشاى فى معظم الأحيان لا يسبب أى اشكال. غير أنه يجب أن يتجنب مريض القولون (وكذلك الشخص العادى) - غلى الشاى أو تركيزه تركيزا شديدا. أو شرب كميات كبيرة أو أكثر من اللازم. وذلك أن غلى الشاى لمدة طويلة يؤدى إلى ظهور مادة التانيك التى تؤدى إلى الامساك. كما أن الافراط فى شرب الشاى يؤدى إلى توتر الجهاز العصبى، وثلاثة أكواب فى اليوم لا بأس بها على أن يتجنب المريض شرب الشاى ليلا إذا كان هذا يؤدى إلى سهرة أو قلقه فى النوم - أما عشرة أكواب فلا.

*** وماذا عن المياه الغازية والقهوة؟**

- كثير من مرضى القولون خصوصا الذين يعانون من الاسهال عليهم أن يتجنبوا شرب المياه الغازية خصوصا إذا كانت مثلجة - حيث أن القولون حساس للمواد

المثلجة وللتعرض للرطوبة فى الجو الرطب والبارد. والمياه الغازية خصوصا عند الاكثار منها قد تزيد من حدوث الغازات.

أما عن القهوة - فالاكثار منها غير مستحب اطلاقا لتأثيرها على أجهزة الجسم، خصوصا الجهاز الدورى والعصبى.

*** وماذا عن طريقة طهى الطعام؟**

- هذا هو بيت القصيد - حيث أن أكلاتنا الشرقية معقدة بكثير من التسبيك والتحمير. والصعوبة الجمة هى فى تغيير عادات الشعوب. وإن كان الارشاد والدعاية يجب أن يستمرا دون كلل لتعويد الشعوب على الوجبات الصحية والقاعدة العامة لمرضى القولون - هو تجنب الاكثار من الدسم والمواد الحريفة (كالشطة والفلفل) وكذلك الحوادق وبالطبع فالأكل المسلوق هو أخف الأطعمة هضما - ولكن أكثرية الناس لا تطيقه. ولكى نكون عمليين، فالنصيحة المعقولة هى أن يتناول الشخص الطعام. ما أمكنه ذلك مشويا أو مسلوقا. والاقلال ما أمكن من التحمير والتسبيك.. أما الطبيخ فالأفضل أن يكون كما يقال «نى فى نى» مع الاقلال ما أمكن فى إضافة السمن أو الزبدة أو الزيت. ولكن يجب تجنب تحمير البصل «التقلية» واستعمالها فى الطبخ لأنها صعبة الهضم. وأحسن طريقة للتغلب على ذلك هو التشويح والشوى ما أمكن ذلك.

*** وماذا عن الفول والطعمية؟**

- البقول عموما صعبة الهضم. وحيث آن الفول يكون وجبة هامة على المائدة المصرية - فيمكن تقشيره إذا وجد الشخص صعوبة فى هضمه عاديا - مع استعمال قليل من الزيت. أما بخصوص الطعمية فهى عموما صعبة الهضم. ويجب أن يتجنبها مريض القولون بحيث أن الأكثرية العظمى لا يمكنهم هضمها بسهولة، والعدس أيضا صعب الهضم.

*** وماذا عن التدخين؟**

- التدخين هو مشكلة المشاكل ويؤدى إلى أمراض لا حصر لها - خصوصا المرض الخبيث الذى يصيب الرئتين. أما بخصوص القولون، فالتدخين يزيد من توتر القولون العصبى، وسوء الهضم وضعف الشهية.

القولون العصبى والحليب وأسباب العلاج

القولون العصبى والحليب

نقص الخميرة الهاضمة لسكر اللبن فى المصريين الأصحاء.

السكر الموجود فى اللبن هو سكر ثنائى يسمى سكر اللاكتوز (مثله فى ذلك مثل السيكروز أو سكر قصب السكر الذى نستعمله للتحلية). وكلاهما اللاكتوز أو سكر القصب لا يمكن امتصاصه من الأمعاء بحالته الراهنة، ولكن لابد من هضمه أو تكسيره إلى سكر أحادى مثل الجلوكوز والفراكتوز (سكر الفاكهة) وسكر الجلاكتوز - وذلك يتم عن طريق خمائر متخصصة توجد فى الأمعاء الدقيقة للإنسان. وحينئذ يمكن امتصاص السكريات الأحادية وتخزينها فى الكبد على هيئة جليكوجين يمكن الاستفادة منه ليمد الجسم بحاجته من الجلوكوز حسب الطلب.

* هذا وقد أثبتت الأبحاث التى أجريناها فى كلية طب عين شمس على عشرات من المصريين الأصحاء أن أكثر من ٦٥٪ من الشعب المصرى (البالغين)، يوجد لديهم نقص واضح فى الخميرة الهاضمة لسكر اللبن. مثلهم فى ذلك مثل بعض الشعوب الأخرى كبعض قبائل افريقيا والزنوج وبعض سكان حوض البحر الأبيض المتوسط.

ويؤدى نقص هذه الخميرة أو الانزيم إلى صعوبة هضم سكر اللبن (بينما هضم سكر القصب وسكر الشعير طبيعى). وعلى ذلك فأكثر من ثلثى الأصحاء فى مصر لديهم نقص فى الخميرة. وقد يعانون من أعراض المغص والانتفاخ وكركبة بالبطن وأحيانا إسهال وذلك عند تناولهم اللبن خصوصا بكميات كبيرة. ولكن من حسن الحظ أن هذه الأعراض تصبح قليلة أو معدومة عند تناول اللبن بكميات قليلة مثل اللبن المخلوط بالشاى أو غيره من المشروبات.

ومن حسن الحظ أيضا أن مستحضرات اللبن مثل الجبن والزبادى لا تؤدى إلى حدوث هذه الأعراض وبذلك يمكن استعمالها بدلا من اللبن.

وهذا يدعونا إلى الحقيقة الهامة - انه بالرغم من أن اللبن غذاء مثالى - إلا أننا يجب عدم ارغام الأصحاء (الكبار والأطفال الكبار) والمرضى على تناول كميات كبيرة من اللبن إذا حدثت لهم الأمراض السابقة الذكر.

نقص الخميرة الهاضمة لسكر اللبن (اللاكتيز) وعلاقته بأمراض القولون العصبى

- كما ذكرنا سابقا - أن نقص الخميرة الهاضمة لسكر اللبن ينتشر انتشارا واسعا بين المصريين الأصحاء. كما تختلف شدة النقص من شخص إلى آخر. ففى بعض الأفراد يكون نقص هذه الخميرة موجودا بصورة بسيطة وقد يكون النقص شديدا أو الخميرة معدومة تماما فى بعض الأحيان، وعلى هذا فالأعراض الناتجة عن عدم هضم سكر اللبن من مغص وانتفاخ تختلف من شخص إلى آخر خصوصا عند تناول كمية كبيرة من الألبان.

ومن ناحية أخرى - فإنه من المعروف أيضا أن مرض القولون العصبى يشكل أكثر من نصف عدد حالات المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية فى جميع التخصصات المختلفة. وهذا ليس بدعا فى الشعب المصرى، ولكن موجود أيضا فى جميع شعوب العالم.

وقد أجرينا عدة أبحاث بكلية طب عين شمس عن حالات القولون العصبى والعلاقة بينها وبين أعراض نقص الخميرة بالأمعاء. وقد وجدنا أن حوالى ثلث حالات القولون العصبى (٣٢٪)، يعانون حقيقة من نقص فى خميرة اللاكتيز - وإن الأعراض تتحسن إلى حد كبير عند تجنب تناول الألبان خصوصا بكميات كبيرة ولا يحتاج تشخيص حالة نقص الخميرة إلا إلى فحص معملى بسيط.

*** هل يلزم اجراء هذا الفحص فى كل حالة؟**

- عند الشك فقط - يجب اجراء هذا الفحص المعملى وهو بسيط للغاية.

*** وماذا عن تناول الزبدة والقشدة وهى من منتجات اللبن؟**

- الزبدة مادة دهنية خالصة - وهى كالقشدة أيضا لا علاقة لها بحالة نقص سكر اللبن.

*** هل يؤدى تناول الزبدة والقشدة إلى أعراض؟**

- الدسم عموما يؤدى إلى إرهاق القولون وزيادة أعراض القولون العصبى، ولكن أهم من ذلك الاكثار من الدهون الحيوانية كالقشدة وعندها يؤدى إلى زيادة نسبة الدهنيات بالدم التى تؤدى إلى تصلب الشرايين. وكذلك يجب تجنب الاكثار من المواد المحمرة والمقلية والمسبكة.

❀ ❀ ❀

الإمساك والقولون العصبى

والآن حان الوقت أن نبحث موضوع الامساك.

ما هو الإمساك؟

اختلف الأطباء فى تعريف الإمساك - كما اختلف المرضى أيضا فى ذلك. فبعض الأشخاص يعتبرون الذهاب إلى الحمام عدة مرات فى اليوم لقضاء الحاجة ضرورة للجسم لكى يتخلص من بقايا الطعام «والسموم».

وهذا الاعتقاد موجود بصورة واضحة فى كثير من الأشخاص خصوصا كبار السن الذين ينسجون حول هذه الفكرة الكثير من المعتقدات الغريبة - فهم يعتقدون فى ضرورة الذهاب إلى الحمام عدة مرات وإلا تأثرت صحتهم وأصابهم الخمول والكسل والضعف. وبالطبع هذه الاعتقادات غير صحيحة بالمرة.

أما ماذا يقول الأطباء - فهو مختلف أيضا عما يعتقده الناس، ثم هناك الخلاف بين آراء الأطباء أنفسهم، ولكن الرأى السائد أو الأكثر قبولا هو أنه ليس بالضرورة أن يتبرز الانسان يوميا - فقد تكون عادته أن يذهب إلى الحمام كل ثانى يوم أو كل ثالث يوم شريطة أن لا يكون البراز صلبا أو جافا وفى هذه الحالة نعتبر ذلك طبيعيا.

وعلى العكس فقد يذهب الشخص يوميا إلى التواليت ومع ذلك يكون الاخراج جافا وصلبا - وفى هذه الحالة نقول أنه يعانى من الإمساك. والخلاصة أن الحكم على وجود الإمساك ليس بعدد مرات التبرز بقدر ما يكون عليه طبيعة البراز من الصلابة.

وهل يعتبر الذهاب إلى الحمام أو التبرز ثلاث مرات يوميا أكثر من اللازم؟

- لا فقد تكون هذه طبيعة الشخص بشرط ألا يكون هناك إسهال.

صحيح أن هناك حالات من الإمساك المزمنة والشديدة والتى عانى منها الشخص معاناة حقيقية. فقد تحدث عملية الاخراج مرة كل أسبوع أو أكثر ولكن هذه الحالات

قليلة الحدوث. ومعظم حالات الامساك ينتج عن التهاون والتكاسل فى تنظيم عملية الاخراج والذهاب المنتظم إلى الحمام وكما قلنا سابقا - أن القاعدة الذهبية - وهى الوقاية خير من العلاج تنطبق هنا تماما على الإمساك.

ونبدأ القول فنؤكد أن عملية الاخراج والتحكم فيها تنشأ منذ الطفولة - وعلى ذلك يجب الاهتمام بالطفل منذ ادراكه فى تكوين العادة الصحيحة لديه. وعندما نتكلم هنا عن الامساك فإننى أقصد هنا الامساك الناتج عن العادات غير الصحيحة وهو الذى يشكل معظم الحالات التى نراها.

أما الإمساك الناتج عن أسباب مرضية مثل ضعف الأعصاب - فهو من حسن الحظ قليل الحدوث ويجب أن يقوم الطبيب بعمل الفحوص المطلوبة فى حالة الشك فى وجودها.. نعود مرة ثانية إلى أهمية حركة القولون - فكما قلنا سابقا أن جهازنا الهضمى فى حركة دودية منتظمة تسير سيرا رتيبا فهى سر من أسرار الخالق العظيم جل جلاله - فكل شيء متحرك وليس بجامد. والقولون موضوع دراستنا ينطبق عليه نفس القول. وقد ناقشنا سابقا أهمية الحركة الدودية وعلاقتها بأعراض القولون العصبى.

وإذا ما علمنا أن القولون هو المخزن الذى تتجمع فيه بقايا الطعام والهضم - لعرفنا مدى أهمية حركته المنتظمة. وعند تحرك هذه المواد إلى القولون الحوضى - يشعر المرء بامتلاء فى أسفل البطن.

وأثناء مرور إحدى هذه الحركات الدودية إلى أسفل خصوصا بعد تناول الطعام ونتيجة للفعل الانعكاسى اللا إرادى بين المعدة والقولون، فإنها تقوم بدفع الفضلات إلى المستقيم وهو الجزء الأخير من القولون - وهو دائما يكون فارغا - وهنا ينتفخ بالمواد الداخلية منه (النفايات) فيحس الشخص برغبته أو حاجته إلى الاخراج.

عملية الاخراج

عندما يحس الشخص بالرغبة فى الاخراج - وعندما يذهب إلى الحمام - تسرى فى قولونه موجات دودية قوية تدفع بمحتوياته إلى المستقيم - وهنا تنقبض عضلات المستقيم ويقل حجمه، فترتخى معها العضلة العاصرة الداخلية للشرج (عضلة لا إرادية أى لا يتحكم فيها الشخص). ويصحب هذه الحركات - حركات أخرى إرادية (عملية

الحزق) لتتم عملية الاخراج. وفى هذه الحالة يأخذ الشخص نفسا طويلا ويكتمه بقفل فتحة الحنجرة فتهبط عضلة الحجاب الحاجز كما تنقبض عضلات جدار البطن وعضلات الحوض وكل هذه الأفعال لكى يزداد الضغط داخل البطن على جدار المستقيم. يصاحب ذلك تراخ فى العضلة العاصرة الخارجية اللا إرادية للشرج. فينفتح الطريق وتذهب محتويات المستقيم إلى الخارج.

أما إذا كان الظرف غير مناسب، فيمكن التحكم فى عملية الاخراج وكذلك تأجيلها ويتم ذلك بانقباض العضلة العاصرة الخارجية اللا إرادية للشرج وانقباض عضلات البطن وانقباض عضلات الحوض أيضا وبواسطة الفعل الانعكاسى، توقف حركة القولون. فإذا تكرر هذا التأجيل فهنا يكمن الداء إذ أن اهمال الشعور بالرغبة للإخراج -- يفقد المستقيم حساسيته فى تأدية وظيفته وبالتالى تتعطل جميع العمليات السابقة الذكر والخاصة بعملية الاخراج فينتج عن ذلك الإمساك.

إذن فالسر الأكبر فى انتظام عملية الإخراج وتجنب الامساك هو فى تنمية وتنظيم هذه العادة واحترام الوقت المحدد - للتخلص من هذه الفضلات.

❀ ❀ ❀

أساسيات العلاج

يجب أن يعلم كل من المريض والطبيب أن مرض القولون العصبى تتميز مسيرته فى كثير من الأحيان - بأنها عرضة لحدوث نوبات متكررة لأعراض المرض تختلف من حيث شدتها وطول النوبة.

والعلاج يتلخص فى النقاط الآتية:

١ - التشخيص وطمأنة المريض.

وهنا نوجه الكلام إلى الطبيب المعالج. وذلك أن عملية تشخيص المرض وإن بدت يسيرة إلا أن عليه ألا يفرط فى حق المريض فى الكشف الطبى الدقيق -- وبالاستماع إلى شكواه بأذن صاغية - وبصبر وأناة.

(أ) وعملية التشخيص نفسها تعتمد أساسا على استنباط أعراض المرض من التاريخ المرضى للشخص بصورة تفصيلية، وربط هذه الأعراض بعضها مع بعض مع الاحساسات المختلفة التى يشعر بها المريض أثناء نوبة المرض.

(ب) ثم يطمئن الطبيب المريض إلى أن المرض ليس خطيرا وبأنه غير مصحوب بأية مضاعفات.

(ج) ثم يقوم الطبيب بإجراء الفحوصات الخاصة والتى ذكرناها من قبل حسب الحاجة.

(د) وقبل القيام بوصف العلاج - يجب أن يشمل العلاج البحث فى أوجه نشاط المريض وفى مشاكله وانفعالاته. وعلى المريض أن يصارح طبيبه بكل مشاكله الذى يغمط الجانب النفسى للمريض حقه - ولا يعطى أذنا صاغية لمريضه، فعلى الجانب الآخر - يجب أن نلوم المريض الذى يصمم على انكار وجود أى مشكلات فى حياته. وكذلك نلوم أيضا أقاربه الذين يسارعون **بالنفى** عن وجود مشكلة ما - بالرغم من

عليهم ليقبلنى بوجود أشياء فى حياة مريضهم.

(هـ) على الطبيب أن يتناول هذا الموضوع (المشاكل التى يعانى منها المريض وعلاقتها بالمرض) بشىء من الصبر - حتى يصل إلى هدفه - وربما ينجح فى ذلك عند تكرار المحاولة مرة أخرى.

(و) ونصيحة أخرى إلى الطبيب.. أن يهتم بحالة مريضه اهتمامه بأى مرض آخر - إذ أن ما يهم المريض هو أن يتخلص من آلامه ومن معاناته - بصرف النظر عن إخبار الطبيب له بأن المرض ليس بخطير - خصوصا عندما يتم ذلك دون فحص المريض أو بعدم اكتراث.

مستقبل المرض: يسأل المريض طبيبه عن مستقبل المرض - وهل يمكن الشفاء الكامل منه؟

والسؤال صعب.. ولكن يمكن الاجابة عليه فى الحدود التالية:

أن مستقبل المرض بيد الله وحده - ولكن فى حدود معرفتنا يمكن القول بأن مستقبل سير المرض يرتبط وثيقا بالتوترات النفسية التى يعيشها المريض فى عمله - فى منزله أو فى حياته العامة. ويمكن تقسيم المرض إلى قسمين:

القسم الأول: وهو أغلب المرضى - وتتميز حالتهم بأن التوترات النفسية التى يحياها المريض لا يمكن للشخص العادى أن يتحملها - وعلى ذلك فإننا نفترض بأن المريض لا يعانى من الاضطراب العصبى الشديد. وفى هذه الحالة نرى أن نوبات القولون العصبى ستكون مستقبلا أخف حدة من سابقتها. وبأن المرض سيكون هينا يسيرا فيما بعد.

القسم الثانى: ويشمل المرضى الذى يشكون من أعراض مستمرة فى أغلب الوقت. وعند تعرضهم لأقل الانفعالات أو التوترات العصبية - فسرعان ما يصابون بالنوبة (وذلك عكس الأشخاص العاديين أو القسم الأول)، بل قد يحدث أن نحسن الموقف الأنفعالى لهؤلاء المرضى - لا يصاحبه تحسن كبير وواضح فى أعراض القولون العصبى. ومن هنا يظهر المريض وكأنه يعانى من نوع من أنواع القلق النفسى وبأن

أعراض القولون ما هى إلا إحدى مشاكله، وفى هذه الحالة يجب التركيز على علاج الحالة النفسية للشخص ذاته كوحدة متكاملة - وألا يركز فقط على علاج أعراض القولون.

٢ - طمأنة المريض

معظم المرضى ينتابهم احساس داخلى بأنهم مصابون بمرض عضوى قد يحمل فى طياته مستقبلا مظلما أو قد يكون معديا. ويجب أن يبادر الطبيب بالتأكيد الحاسم بأن المرض حميد وليس له مضاعفات - ويأتى كذلك فى هذا المقام - خوف المريض من اصابته بالمرض «الخبيث» وقد يفصح المريض عن نفسه فيسأل طبيبه سؤالا مباشرا.

وقد يكتمه داخله ولا يبوح به. وعلى الطبيب أن يكون واضحا فى ذلك، وأن يخبر مريضه أن حدوث المرض الخبيث فى حالات القولون العصبى هى أقل من حدوثه فى الشخص العادى!!

كما يجب أن يصحح الطبيب المعلومات الخاطئة للمريض - مبينا له أيضا مسار القولون ودور التوترات النفسية فى حدوث الأعراض.

وبالنسبة للقسم الأول: (الأقل عصبية)، سيكون هدف الطبيب تكوين ما يعرف بالتبصر أو الادراك لدى المريض - فيجب أن يبدأ الطبيب فى مناقشة الأحوال المعيشية التى يحياها المريض. وعن مشاكل العمل ومتاعب المنزل أن وجدت - وبذلك سرعان ما يستنتج المريض علاقة التوترات النفسية بأعراض المرض - وهنا يتكون لديه فى نفس الوقت ما يعرف بالتبصر أو النظرة الصائبة لدى المريض. وبعض الأعراض التى تأتى عفوية فى أقوال المريض أو التى تحدث للمريض عندما يناقشه الطبيب مثل البكاء أو احمرار الوجه - يمكن أن يستدل منها الطبيب وكذلك المريض على ما تخفيه من توتر أو انفعال - كان المريض ينكره من قبل. وعلى ذلك يمكن عن طريق المناقشة الهادئة البناءة معرفة ما يعانيه المريض من صعوبات - وكيفية التغلب عليها ما أمكنه ذلك.

وأما بالنسبة للقسم الثانى من المرض: (الأشخاص العصابيين) فيجب أن يصارحهم الطبيب بأنه بالرغم من عدم وجود مرض عضوى بالقولون - فإن المريض نفسه يشكو من نفس مرهفة حساسة أكثر من اللازم وذلك نتيجة لحدوث بعض

المؤثرات أو التوترات. وعلى المريض - بمساعدة الطبيب - أن يتعلم كيف يخفف من حدتها. وهنا يجب أن ننوه بأن يتحاشى الطبيب المعالج بعض الألفاظ التى قد تشكك المريض أو تزيده وهما - مثل وجود «التصاقات» بالقولون أو «التهابات» - أو «المرض العصبى» حيث أن كل هذه الأوصاف قد تزيد الشكوك لدى المريض فيزداد الغموض نحو تشخيص المرض وإلى بلبلة أفكاره فتذهب به الظنون مذاهب شتى، وينتقل من طبيب إلى آخر دون أن تتحسن حالته.

ويحضرنا هنا بهذه المناسبة حالات القولون العصبى فى الأطفال.

وقد يتعجب المرء من حدوث ذلك - ولكن الحقيقة أن هذا صحيح مائة فى المائة. فهناك حالات كثيرة صادفناها فى سن الطفولة وتعانى من نوبات القولون العصبى مثل الكبار. وفى هذه الحالة - وبعد التشخيص الدقيق بواسطة الاخصائى يجدر بنا أن نؤكد هنا، أن الحقيقة الواضحة - والتى يكتشفها الطبيب المعالج بعد فترة - أن الذى فى حاجة للعلاج هما الوالدان أكثر من الطفل!! إذ أنهما فى حاجة من الطبيب للتأكد من عدم وجود مرض عضوى خطير - قد يؤثر على نمو الطفل مستقبلا ولو تم اقناعهما بذلك لشفيا أنفسهما من القلق - ولما احتاج الطفل إلى أى علاج.

وبالطبع لابد من اجراء فحوصات للطفل - للتأكد من خلوه من الطفيليات أو وجود أنيميا نتيجة ضعف الشهية أو الاكثار من الحلوى التى تمنعه من تناول وجباته الغذائية المفيدة. وفى بعض الأحيان قد يكون هناك إمساك لعدم تناوله السلطة والفواكه.

يلعب الوالدان - كما قلنا - دورا هاما فى زيادة توتر الطفل بالسؤال الدائم عن الأوجاع وعدد مرات الاخراج - وقد يذهب الطفل عدة مرات للحمام نتيجة للتوتر النفسى - ولا يكون هناك إمساك حقيقى، وينشغل الوالدان بذلك، ويفكر الطفل أيضا فى هذه المشكلة ويصبح فريسة الوهم.

- هناك عدة طرق للتغلب على القلق والتوتر النفسى مثلا بطريقة الترويح عن النفس مثل تنمية الهوايا المحببة للشخص. ومن رسم أو موسيقى أو أدب أو رياضة.

وهناك عملية التنفيس - فبمجرد أن يستمع الطبيب لمريض ويشعره بأنه يوليه الاهتمام الكافى - فإن المرض القولونى تتحسن حدته لدرجة كبيرة ويمكن للأصدقاء المقربين للمريض أن يلعبوا دورا هاما فى ذلك.

أمراض القولون

التهاب القولون التقرحى

ومرض كرون

أولاً: التهاب القولون التقرحى

تعريفه

التهاب القولون التقرحى مرض يصيب كل شعوب الأرض، وإن كان معدل انتشاره يزيد فى دول الغرب عنه فى دول العالم الثالث التى تنتشر فيها التهابات القولون الناتجة عن الإصابة بالبكتيريا والطفيليات.

ويصيب المرض البالغين بين سن العشرين والأربعين عاماً، ولكنه قد يصيب الأطفال والشيوخ أيضاً. وهو يصيب النساء والرجال بدرجة واحدة ـ وإن وجد فى بعض الإحصاءات زيادة فى معدل إصابة النساء به عن الرجال. ويقل انتشار المرض بين أهل الريف عن أهل المدن. كما وجد فى بعض الإحصاءات أن انتشاره يزيد بين الطبقات الأعلى فى مستوى المعيشة والتعليم.

وقد لوحظ أن للمرض بعض الجذور الوراثية، وإن كان ذلك يحدث فى أضيق الحدود وبين الأقارب من الدرجة الأولى.

الأسباب...

ما زالت الأسباب المؤدية إلى هذا المرض مجهولة حتى الآن، حتى أن المرض مازال معروفاً بهذا الاسم: «التهاب القولون التقرحى غير معروف المسببات». وهناك نظريات وافتراضات حاولت تفسير أسباب حدوثه:

١ ـ أسباب ميكروبية

هناك من الباحثين من يعتقد أن بعض فصائل البكتيريا العضوية لـ«الإيشريشيا كولاى» والتى تعيش فى قولون الإنسان السليم، ويتسم بعضها بالتصاقه بالغشاء المخاطى، هى المسئولة عن إفراز بعض الأنزيمات والسموم التى تؤدى للتقرح.

ويستند هؤلاء الباحثون فى تعضيد نظريتهم إلى التحسن الواضح الذى يطرأ لدى بعض المرضى عند علاجهم ببعض المضادات الحيوية.

٢ ـ الحساسية لبعض الأطعمة

اتهم اللبن بأنه المسئول عن الحساسية كسبب لهذا المرض، ولكن هذا لم يثبت علمياً على الإطلاق. والأرجح أن شكوى بعض مرضى القولون التقرحى من شرب اللبن تنتج عن وجود نقص طبيعى فى إفراز إنزيم «اللاكتيز» من خملات أمعائهم، مما يؤدى إلى الإسهال والمغص كما ذكر من قبل.

٣ ـ أسباب بيئية

أ ـ التدخين: وجد أن المرض يكثر فى غير المدخنين عنه فى المدخنين مما حدا بالبعض إلى الظن بأن للتدخين تأثيراً إيجابياً فى حماية الغشاء المخاطى للقولون ولكن مقارنة مع الأضرار الأخرى والأكيدة للتدخين يتلاشى تماماً هذا التأثير الإيجابى.

ب ـ استخدام أقراص منع الحمل فى النساء: افترض بعض الباحثين أن استخدام هذه الأقراص قد يزيد من معدل انتشار الإصابة بهذا المرض فى النساء، ولكن هذا الافتراض لم يثبت على الإطلاق.

٤ ـ أسباب مناعية

لاحظ الباحثون وجود زيادة فى نسبة خلايا البلازما المسئولة عن إنتاج الأجسام المناعية فى جدار القولون.. كما لاحظوا وجود زيادة فى بعض الأجسام المناعية المضادة الموجهة ضد بعض مكونات الطعام أو بعض أنواع البكتيريا الموجودة فى القولون كأحد مكوناته الطبيعية أو بعض خلايا الغشاء المبطن للقولون فى هؤلاء الناس. وعليه، فقد اعتقد هؤلاء الباحثون أن الالتهاب التقرحى هو أحد أمراض المناعة الذاتية

الأخرى فى المريض نفسه، مثل الالتهاب المناعى للغدة الدرقية أو مرض السكر أو الأنيميا الخبيثة.

كما وجد علماء المناعة أيضاً زيادة فى تنشيط الخلايا الليمفية والخلايا «البعلمية الكبيرة» (الماكروفاج) فى الإنسان المصاب بالتهاب التقرحى. وهذه الخلايا تقوم بإفراز المواد الكيميائية المعروفة «بالسيتوكاينز»(*)، والتى وجد أنها تؤدى إلى حدوث الالتهاب والتقرح بالغشاء المبطن للقولون. كما تقوم فى الوقت نفسه بمضاعفة عملية تنشيط الجهاز المناعى لينتج من هذه المواد كميات أخرى تؤدى إلى خلق حلقة مفرغة من استمرار الالتهاب والتقرح. وجدير بالذكر أن النظريات التى تتهم الخلل المناعى كسبب لحدوث التهاب القولون التقرحى هى أكثر النظريات قبولاً الآن.

ويعتمد علاج هذا المرض بالدرجة الأولى فى جميع مراحله على استخدام أدوية تثبيط تأثير كل من الأجسام المناعية والمواد الكيميائية التى تفرزها الخلايا الليمفية على الغشاء المخاطى المبطن للقولون.

٥ـ الأسباب السيكولوجية والنفسجسمية

كان من المعتقد قديماً أن القلق والضغط النفسى والتوتر عوامل تربط بينها علاقة وطيدة كمسببات لالتهاب القولون التقرحى: ولكن ذلك لم يثبت بالدليل القاطع حتى الآن، وكذلك ما إذا كانت هذه الأعراض هى نتيجة للمرض أم سبباً له.

وتختلف حدة التهاب القولون التقرحى من مريض إلى آخر، كما تختلف المنطقة المتأثرة به من إنسان لآخر. فالمرض يصيب القولون من أوله إلى آخره فى ٢٠٪ من الحالات. وقد يصيب المستقيم والقولون السينى فقط فى ٥٠٪ من الحالات، وبدرجات مختلفة بين هؤلاء وأولئك.

وقد تختلف شدة الإلتهاب أيضاً من مريض إلى آخر. فهناك الالتهاب الخفيف الذى لا يؤدى سوى للاحتقان وتحبب الغشاء المخاطى للقولون. ومع زيادة الالتهاب تتكون قرح تبدأ صغيرة فى حجم رأس الدبوس ثم لا تلبث أن يزيد حجمها بعد ذلك وتتحد مع بعضها البعض وتزداد عمقاً ليصل التقرح إلى الطبقة تحت المخاطية، ولكنه

(*) السيتوكاينز (المحركات الخلوية): مواد تفرزها الخلايا المناعية للقيام بالعمليات المناعية البيولوجية بالجسم.

لا يتعدى الغشاء المخاطى بأى حال.

ومع إزمان المرض تتكون «الزوائد اللحمية» أو «السلائل» وهذه بطبيعة الحال سلائل كاذبة تكون متعددة الأشكال والأحجام.

وبالفحص الميكروسكوبى لعينات من الغشاء المخاطى الملتهب، نلاحظ مدى وجود صفات هستولوجية (تتعلق بنسيج الغشاء) محددة تميز الالتهاب التقرحى، ويعتمد عليها تماماً فى تشخيص هذا المرض حتى لا يكون هناك خطأ فى التشخيص، إذا ما تشابه الفحص بالعين المجردة مع أمراض أخرى تصيب القولون.

ويميز التهاب القولون التقرحى التأرجح بين فترات من الانتكاس والنشاط المرضى وفترات من الخمود.

الأعراض..

أهم أعراض مرض القولون التقرحى:

١ ـ خروج الدم مع البراز وخروج المخاط أحياناً.

٢ ـ الإسهال.

٣ ـ آلام البطن.

٤ ـ أعراض عامة أخرى.

وتختلف شدة الأعراض حسب الجزء المصاب من القولون من ناحية، وشدة الإصابة من ناحية أخرى، والإسهال هو أحد الأعراض الشائعة جداً فى التهاب القولون التقرحى، والذى غالباً ما يحدث بعد تناول المريض للطعام، بل وأحياناً يوقظه من النوم.

خروج الدم من البراز

- إذا كان المستقيم هو مكان الإصابة، فيشكو المريض من خروج دم أحمر على سطح المواد البرازية أو منفصلاً عنها. وغالباً ما يكون قوام المواد البرازية فى هذه الحالة إما طبيعياً أو صلباً.

ويتشابه هذا النوع فى أعراضه مع نزف البواسير، ولكن ما يميز التهاب القولون التقرحى فى هذه الحالة هو خروج المخاط المختلط بالدم.

- وعندما يكون المرض منتشراً بطول القولون، يشكو المريض من خروج الدم المختلط تماماً مع البراز، أو يكون هناك إسهال مدمم.

- ويشير خروج جلطات الدم مع البراز إلى حدوث نزيف حاد، وهو أمر نادر الحدوث مع التهاب القولون التقرحى.

- وفى بعض مراحل المرض الشديدة، يختلط البراز السائل مع الدم والصديد. ويشبه هذا السائل البرازى إلى حد كبير «صلصة» اللحم المطهو. وكثير من المرضى لا يلفت نظرهم أن هذا الإسهال مدمم لاختلاف اللون.

وآليات حدوث الإسهال متعددة: فقد يكون ناتجاً عن زيادة الإفراز، أو زيادة النز والنشع، أو خلل فى حركة القولون، وغالباً ما تجتمع هذه الآليات الثلاث.

وليست آلام البطن من الشكوى الأساسية فى مرضى التهاب القولون التقرحى، ولكن غالباً ما يشكو المريض من آلام فى أسفل البطن أو يشير بيده إلى الجزء المصاب من القولون. وقد تزداد حدة الألم مع زيادة حدة المرض.

وهناك أعراض أخرى قد يشكو منها مريض التهاب القولون التقرحى، وهى أعراض عامة مثل الغيثان والإرهاق وارتفاع درجة الحرارة ونقصان الوزن وفقر الدم وتورم الساقين. وهذه الأعراض نادرة الحدوث فى الإصابات الخفيفة، ولكنها تظهر مع الإصابات الشديدة بالمرض ومع إزمانه لمدة طويلة.

التشخيص...

وللتوصل إلى تشخيص مرض التهاب القولون التقرحى، نقوم بالإجراءات التالية:

فحص البراز الذى قد يفيد فى التعرف على احتمالات وجود أسباب أخرى لالتهاب القولون من البكتيريا والطفيليات والفطريات، خصوصاً فى المرضى ذوى المناعة المثبطة. ويعتمد التشخيص الأكيد لهذا المرض على الفحص بالمنظار وأخذ العينات اللازمة للتحليل الباثولوجى للغشاء المخاطى للقولون، والذى تظهر به الظواهر

الباثولوجية التى توكد التشخيص.

وهناك الفحص بالأشعة السينية بالباريوم، ولكنه أصبح محدوداً خصوصاً مع شدة المرض وحدته، مما قد يجعلها تشكل خطراً على المريض.

ويتشابه المرض مع كل أمراض القولون الالتهابية، الحاد منها والمزمن. وفى بلاد العالم الثالث، يجب أن يوضع هذا المرض فى الاعتبار للوصول إلى دقة التشخيص والعلاج، ولكن دون مغالاة.

ويأتى هذا بعد استبعاد كل الأمراض التى تتشابه معه فى الأعراض مثل الدوسنتاريا الأميبية والدوسنتاريا الباسيلية وبلهارسيا القولون ودرن القولون والتهاب الجيوب والقصور فى الدورة الدموية للقولون وتأثر القولون بالعلاج الإشعاعى والإلتهابات الناتجة عن استخدام الأدوية والمضادات الحيوية.

كما يحدث أحياناً أن تتشابه أعراض التهاب القولون التقرحى مع أعراض القولون العصبى المصحوب بإسهال إذا لم يلاحظ المريض وجود دم مع الإسهال. وقد تتشابه أيضاً مع الأعراض الناتجة عن الإصابة بالزوائد اللحمية وسرطان القولون والمستقيم، مما يجعل ذكاء المريض فى شرح أعراض مرضه وحسن استماع الطبيب إليه، الأساس اللازم للتشخيص السليم.

وللالتهاب التقرحى للقولون أعراض أخرى خارج القولون نعرضها فيما يلى:

الفم: قرح الفم، وتظهر مع نشاط المرض وتختفى فى فترات ركوده، بالإضافة إلى التهاب اللسان الناتج عن نقص الحديد.

العين: الالتهابات فى ملتحمة العين وفى القزحية والجسم المشيمى.

المفاصل: التهاب المفاصل وتصلب غضاريف الظهر، مما قد يؤدى إلى انحناء ظهر المريض.

الجلد: التهاب الجلد الصديدى الغرغرينى، وهو يبدأ بأكياس صديدية صغيرة تظهر مع نشاط المرض، ثم تتقرح وتتحد وتكبر وتتعمق لتصيب ما تحت الجلد من نسيج دهنى وعضلات بما يشبه الغرغرينا، وهو لحسن الحظ نادرة الحدوث.

وقد يحدث التهاب فى القنوات المرارية الصغيرة داخل الكبد، مما يؤدى إلى ضيقها فتظهر أعراض مثل اليرقان وارتفاع الحرارة، وهذا أيضاً من المضاعفات النادرة.

المضاعفات..

- هناك مضاعفات موضعية تصيب مريض التهاب القولون التقرحى، مثل الشرخ والبواسير والخراريج بجانب الشرج.
- النزيف الحاد.
- انثقاب القولون الذى يترتب عليه الالتهاب البريتونى الحاد.
- التمدد الحاد للقولون، والذى غالباً ما يحدث فى أثناء النوبات الالتهابية الحادة. وعند الإفراط فى استخدام الأدوية المهدئة للتقلصات مثل «البلادونا» ومشتقاته ومشتقات الأفيون، والتمدد الحاد للقولون هو إحدى المضاعفات الخطيرة التى قد يترتب عليها استئصال القولون.
- الضيق بالقولون، وهو من المضاعفات قليلة الحدوث على عكس مرض «كرون».
- تكوّن «الزوائد اللحمية» أو «السلائل الكاذبة»، وهذه السلائل غير قابلة للتحول السرطانى وقابلة للعلاج.
- التحول السرطانى: وهذا لا يحدث إلا إذا كان المرض شديداً والقولون بطوله متأثراً تأثراً شديداً ولمدة لا تقل عن عشر سنوات. وهذا ما حدا بعلماء الطب فى هذا المجال إلى إجراء مسح لقولون هؤلاء المرضى، بحثاً عن التحولات السرطانية مع أخذ عينات من القولون على مسافات متساوية كل ١٠ سنتيمترات، وعينات إضافية من الأماكن المشتبه فيها، مع تكرار هذا الفحص كل ثلاث سنوات.

العلاج...

كان لعقار الكورتيزون أثر كبير فى علاج الحالات الحادة من المرض إذا كان شديداً عند بدايته. تبع ذلك حدوث طفرة أخرى فى العلاج مع اكتشاف عقار

«السلفاسالازين» فى منتصف القرن الماضى، حيث استعمل لمنع الانتكاس بعد شفاء المريض من النوبات الحادة للمرض.

ثم حدثت طفرة ثالثة مع اكتشاف إمكانية فصل جزىء «السلفابيريدن»، وهو المسئول عن الأعراض الجانبية التى صاحبت استخدام السلفاسالازين، وتم إنتاج مستحضرات جديدة من المادة الفعالة وهى ما تعرف «بالميسلازين» مع معالجة هذه المادة دوائياً بطرق مختلفة للإبقاء عليها دون امتصاص من الأمعاء لتصل بفاعليتها كاملة إلى الغشاء المخاطى للقولون حتى نهايته.

كما أمكن أيضاً إنتاج مستحضرات من مادة «الميسلازين» على هيئة أقماع (لبوس) شرجية وحقن شرجية للاستعمال الموضعى فى الحالات البسيطة التى تصيب المستقيم والقولون السينى، أو كعامل مساعد إلى جانب استخدام عقار الكورتيزون، أو عقار الميسلازين بالفم.

ويقرر الطبيب الجرعة ومدة العلاج اللازمتين، وذلك حسب كل حالة على حدة، معتمداً فى ذلك على شدة المرض ومساحة انتشاره بالقولون.

وهناك بعض المرضى الذين لا يتجاوبون مع عقار الكورتيزون الذى يتم تعاطيه عن طريق الفم، وفى هذه الحالة قد يحتاج المريض إلى جرعات منه عن طريق الحقن، أو إلى استخدام بعض الأدوية الأخرى المثبطة للمناعة مثل «الآزاثيوبريم» و«السيكلوسبورين».

وقد يحتاج المريض إلى بعض الأدوية الأخرى فى العلاج، مثل المضادات الحيوية أحياناً «والمترونيدازول» أحياناً أخرى، وهذا ما يتقرر وفقاً للحالة والطبيب.

ويعتبر التدخل الجراحى أمراً وارداً كعلاج لمرض التهاب القولون التقرحى فى الحالات الشديدة التى لا تتجاوب مع العلاج؛ وكذلك فى حالات التمدد الحاد بالقولون وحالات التحول السرطانى التى يتحتم فيها استئصال القولون بأكمله.

وأصبح التعايش مع مرض التهاب القولون التقرحى ممكناً مع هذه الأنماط من العلاج، ويعيش المرضى به حياة طبيعية إلا فى فترات بسيطة أثناء الانتكاس الذى تزيد نسبة حدوثه مع شدة المرض، والذى أمكن الآن التحكم فيه بتناول عقار الميسلازين بجرعات بسيطة لمدة طويلة.

ثانياً: مرض «كرون»

تعريفه

هو مرض نادر الوجود في مصر والعالم الثالث، على عكس دول الغرب والولايات المتحدة.

وهو مرض التهابى مزمن يصيب أى جزء من القناة الهضمية، بداية بالفم ونهاية بالشرج. ولكن أكثر مناطق القناة الهضمية إصابة به هى الأمعاء الدقيقة، حيث وجد إحصائياً أنها تصاب بالمرض منفردة فى نحو أربعين بالمائة من الحالات. والمرض يصيب القولون منفرداً فيما يناهز عشرين بالمائة من الحالات. وتصاب الأمعاء الدقيقة والقولون مجتمعين فى نحو خمسين بالمائة من الحالات. وأكثر مناطق القناة الهضمية تأثراً بالمرض هى نهاية الأمعاء الدقيقة (اللفائفى) والجزء الأعور من القولون الصاعد.

وعلى ذلك، فهناك ثلاثة أنواع رئيسية من المرض:

- مرض كرون بالأمعاء الدقيقة.
- مرض كرون بالقولون.
- مرض كرون بمنطقة اللفائفى والجزء الأعور من القولون الصاعد.

ويتسم مرض كرون بأنه متقطع، حيث يصيب منطقة محدودة من الأمعاء أو القولون، ثم ينتقل إلى منطقة أخرى، وبذلك يوجد فى نفس المعى المصاب مناطق مصابة بالالتهاب والتقرح والتشقق، وبجوارها مناطق خالية تماماً من الالتهابات، ومن ثم، فطبيعة الالتهابات التى تصيب الأمعاء أو القولون لا تتسم بالاستمرارية والانتشار.

ويميز المرض أيضاً حدوث نوبات من النشاط يتبعها نوبات من الخمود، وكذلك قابليته للانتكاس بعد العلاج أو حتى بعد الاستئصال الجراحى.

الأسباب

ما زالت الأسباب التى تؤدى إلى الإصابة بمرض كرون غير معروفة، ولكن وضعت بعض النظريات التى حاولت تفسير أسبابه وتناولت الشواهد التالية:

- أن سبب المرض هو الإصابة ببعض أنواع البكتيريا من فصيلة بكتيريا الدرن، ولكن ذلك لم يثبت بالدليل القاطع.
- حدثت زيادة طفيفة فى عدد المرضى المصابين بمرض كرون، والذين ولدوا أثناء انتشار وباء للأنفلونزا أو وباء لمرض الحصبة الذى يصيب الأطفال، مما أثار الشك فى أن يكون سبب المرض هو الإصابة بأحد هذه الفيروسات.
- وجد أن مرض «كرون» ـ على عكس مرض التهاب القولون التقرحى ـ يكثر انتشاره بين المدخنين ومن غير المدخنين، مما أثار احتمال وجود علاقة بينه وبين التدخين.

ولكن تظل الأسباب المناعية والأسباب الجينية الموروثة، على غرار التهاب القولون التقرحى، هى الأسباب المطروحة حتى الآن.

ومرض كرون يصيب جميع طبقات الجزء المصاب من الأمعاء، من الغشاء المخاطى وحتى البريتونى، على عكس التهاب القولون التقرحى الذى يقتصر التقرح فيه على الغشاء المخاطى. كما يتورم الجزء المصاب من الأمعاء ويغلظ ويصير سميكاً، ويميز المرض أيضاً حدوث التصاقات بين الأمعاء بعضها ببعض أو بين الأمعاء والأعضاء الأخرى.

ويبدأ المرض بقرح صغيرة بالغشاء المخاطى تشبه إلى حد كبير القرح التى تظهر على اللسان وتعرف بقرح سوء الهضم. ومع إزمان المرض تكبر هذه القرح وتلتحم وتتعمق وتتغلغل فى جدار الأمعاء حتى تصل إلى الغشاء البريتونى، مما يؤدى إلى ثقب الأمعاء أحياناً وتكون الخراريج والنواسير التى يعرف بها مرض كرون.

ومع إزمان المرض، يتليف جدار الجزء المصاب مما يؤدى إلى ضيق الأمعاء الذى يتبعه الانسداد فى بعض الأحيان أيضاً.

الأعراض

تتميز أعراض مرض كرون بفترات من النشاط تظهر فيها الأعراض بحدة، يتبعها فترات من الخمود، وإن كان في حالات بعض المرضى تدوم الشكوى بلا انقطاع.

وأهم أعراض المرض آلام البطن والمغص، التي يتبعها الإسهال بعد مرور محتويات الأمعاء من مناطق الضيق. ويصاحب الإسهال ارتفاع طفيف في درجة الحرارة يزيد بدرجة ملحوظة في حالة الانثقاب والالتهاب البريتوني، وغالباً ما يكون هناك نقص في الوزن.

وخروج دم مع البراز أمراً نادراً في مرض كرون، إلا في حالات إصابة القولون. وهنا تتشابه الأعراض إلى حد كبير مع أعراض مرض الالتهاب التقرحي بالقولون.

- ونظراً لندرة «مرض كرون» في بلدان العالم الثالث، وانتشار الإصابة بدرن الأمعاء والقولون إلى حد ما في هذه البلدان مع التشابه بين المرضين فيما يحدثانه بالأمعاء والقولون وما يسببانه من أعراض وما يترتب على الإصابة بهما من مضاعفات، فقد أصبح من الضروري، بل الحتمي، التأكد تماماً من كفاءة التشخيص بكل الوسائل الممكنة. وينبغي الحصول على عينات للفحص الباثولوجي، حتى إذا استلزم الأمر إجراء جراحة بسيطة لأخذ هذه العينات، التي يمكن من خلال فحصها جيداً التعرف على الحبيبات المتجبنة لمرض الدرن. إذ قد يحتوي بعضها على ميكروب الدرن المميز، كما أنها تختلف عن حبيبات أخرى غير متجبنة تميز مرض كرون، وتعزى أهمية ذلك لاختلاف العلاج جذرياً بين المرضين.

أهم مضاعفاته

- انثقاب الأمعاء مع ما يترتب على ذلك من حدوث التهاب بريتوني محدود وخراريج.
- ضيق الأمعاء وظهور أعراض انسدادها في بعض الأحيان.
- الإسهال الشديد الناتج عن التهاب وتقرح الجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة، مما يترتب عليه سوء الامتصاص والنز.

- تكون النواسير بين الأمعاء والجهاز البولي والجهاز التناسلي وما يترتب على ذلك من مضاعفات.

- تكون الخراريج والنواسير في منطقة الشرج.

- يعتبر التحول السرطاني في مرض كرون، أمراً وارداً أيضاً سواء في القولون أو في الأمعاء، مما يستلزم وضعه في الاعتبار عند متابعة المريض.

❁ ❁ ❁

انسداد القولون

يعتبر انسداد القولون إحدى المشكلات الصحية الخطيرة التى تستوجب العرض الفورى على الطبيب، حيث غالباً ما يحتاج الأمر إلى إجراء جراحى.

الأسباب

يعزى انسداد القولون إلى عدة أسباب:

١ ـ أورام القولون التى تؤدى إلى الضيق الشديد بتجويفه.

٢ ـ الضيق بالقولون الناتج عن تكرار التهاب جيوب موجودة بجداره.

٣ ـ الالتهابات المزمنة التى يصحبها تليف جدار القولون وضيق تجويفه مثل تلك الناجمة عن الإصابة بالدرن ومرض «كورن».

وفى هذه الحالات الثلاث، يتبع الضيق انحشار قطعة برازية صلبة فى المكان الضيق، مما يؤدى إلى الانسداد الكامل.

٤ ـ التواء القولون، ويحدث فى أحد موقعين:

- القولون السينى.
- القولون الأعور.

٥ ـ **الانغماد:** وهو تداخل جزء من القولون فى الجزء الذى يليه، ويحدث أحياناً عند وجود أورام بالقولون.

٦ ـ الالتفاف حول الالتصاقات التى تتكون داخل البطن عقب إجراء جراحات مختلفة بالبطن.

٧ ـ اختناق القولون داخل فتق إربى أو فخذى أو سُرى.

وفى هذه الحالات الأربع الأخيرة، قد تحدث تغيرات فى الدورة الدموية بجدار

القولون ناتجة عن انقطاع ورود الدم إلى الجزء المصاب، مما يؤدى إلى غرغرينا بجداره وانثقاب يترتب عليه حدوث التهاب بريتونى حاد.

وهناك نوع من الانسداد يحدث فى كبار السن وفى بعض حالات إصابات العمود الفقرى ونتيجة فرط استخدام الأدوية المخدرة وأدوية علاج التقلص مثل البلادوبا ومشتقاتها، وغيرها من الأسباب الأخرى التى يترتب عليها الإمساك الشديد، مما يؤدى إلى تكون كرات صلبة من البراز تنحشر فى القولون أو المستقيم وينجم عنها انسداده.

الأعراض

تتسم أعراض انسداد القولون بأنها أقل حدة منها فى حالة انسداد الأمعاء الدقيقة، وذلك لاتساع جوفه وقلة وبطء حركته. وهذه الأعراض أربعة:

- الآلام المبرحة والمغص الشديد بالبطن.
- الانتفاخ الناتج عن تجمع الإفرازات وتكاثر الغازات الناجمة عن تخمر المواد المتراكمة بالإضافة إلى الهواء الذى يبتلعه المريض.
- الإمساك المطلق الذى يصاحبه عدم خروج الغازات من الشرج.
- القىء المتكرر.

العلاج

يستدعى علاج الانسداد التدخل الجراحى فى أغلب الأحيان، ولكنه لا يجرى إلا بعد الاطمئنان على استقرار حالة المريض وتعويضه عما فقده من السوائل والأملاح ـ إذا كان فيهما أى اختلال.

سلسل البراز

التعريف

يعرف سلسل البراز بأنه عدم القدرة على إرجاء النداء التلقائى للتبرز أو إخراج الغاز إلى الوقت والمكان المناسبين. وهو إحدى المشكلات الصحية المؤرقة التى تسبب الخجل الشديد والحرج للمريض وتؤثر بشكل مباشر على النمط الطبيعى لحياته وتثير له الكثير من المشكلات الاجتماعية والنفسية، بل وتدفع بالكثير من الأسر إلى إرسال هؤلاء المرضى إلى دور مجهزة للعناية بهم وتمريضهم مما يكلف الكثير من الوقت والمال.

التحكم فى التبرز

التحكم فى التبرز عملية دقيقة ومركبة تعتمد على كفاءة الأعصاب الحسية التى تنقل الإحساس من منطقة المستقيم والشرج إلى المخ؛ وكذلك على كفاءة الأعصاب المحركة التى تحمل إشارات الانقباض والانبساط للعضلات التى تتحكم فى عملية التبرز، بالإضافة إلى طبيعة المواد البرازية وكميتها؛ وكفاءة العضلات التى تبطن منطقة الحوض وبعض الأوضاع للأحشاء الموجودة داخله والتى قد تؤثر ميكانيكياً على عملية التبرز.

والمستقيم كما ذكر من قبل له دور أساسى فى عملية التبرز. وهو مزود بمستقبلات تستطيع الإحساس بامتلائه بالفضلات، بل وتستطيع أن تميز طبيعة ما به من مواد صلبة أو سائلة أو غازية، ثم تنقل هذا الإحساس إلى المخ. والمستقيم أيضا عضو مطاط يمكن أن يتسع لكمية كبيرة من الفضلات. وبالإضافة إلى ذلك، فله خاصية الارتخاء فى الباقة العضلية حتى لا يزيد الضغط بداخله، وبذلك يستطيع الاحتفاظ بما بداخله من فضلات إلى الوقت المناسب دون أن يكون هناك تعجل أو سلس.

وهناك ثلاث عضلات هى التى تتحكم فى عملية التبرز إلى جانب العضلات التى تبطن منطقة الحوض.

عضلة عاصرة داخلية: وهى امتداد للطبقة العضلية الدائرية بالمستقيم، ويتحكم فيها الجهاز العصبى اللاإرادى.

عضلة عاصرة خارجية: تنشأ من النسيج العضلى المخطط ويتحكم فيها الإنسان إرادياً عن طريق الجهاز العصبى الإرادى والمخ.

عضلة ثالثة مهمة: تنشأ من عظمة العانة وتلتف حول المستقيم مثل حدوة الحصان، وحينما تنقبض هذه العضلة تؤدى إلى تكوين زاوية حادة بين المستقيم والشرج فتمنع خروج المواد الصلبة. وتعتبر هذه العضلة ذات أهمية قصوى فى هذا الصدد.

أسباب السلس

أيا كان سبب السلس، فإنه يزيد بشكل ملحوظ فى الحالات الآتية:

- إذا كان هناك تهتك فى منطقة الشرج ناتج عن عملية ولادة عسيرة أو إجراء عملية قص للعجان أثناء الولادة أو عمليات أخرى فى منطقة الشرج لعلاج شرخ أو ناسور أو بواسير.

- إذا زادت كمية المواد البرازية ولانت بدرجة كبيرة، كما فى حالات الإسهال الشديد وأمراض سوء الامتصاص.

وقد تكون أسباب السلس أولية أو ثانوية:

الأسباب الأولية

أمراض الجهاز العصبى المختلفة:

المخ

- القصور الشريانى الذى يؤدى إلى الشلل.
- التصلب المتعدد.
- الالتهابات المخية.
- الأورام.

النخاع الشوكى

- الإصابات.
- الانزلاق الغضروفى.
- الأورام.
- القصور الشريانى.
- التصلب المتعدد.

الأعصاب الطرفية

- فرط الحسية ـ الحركة اللاإرادية.
- التهاب الأعصاب الطرفية كما يحدث فى مرضى السكر ولأسباب أخرى مختلفة:

الأسباب الثانوية

- الإسهال.
- التهاب القولون التقرحى.
- انحشار البراز وتدلى الشرج.
- الاستخدام العشوائى للملينات.
- أورام المستقيم.
- التقدم فى السن وما يصاحبه من متاعب صحية.
- بعض الأمراض النفسية.

التشخيص

يعتمد تشخيص الأسباب المختلفة للسلس على الفحص الجيد للمريض مع التركيز على منطقة الشرج، وجهازه العصبى، والفحص الجيد للمستقيم بحثاً عن احتمالات وجود الالتهابات وتدلى الشرج والأورام، وهناك بعض الاختبارات الأخرى المعقدة التى

تجرى لتحديد سبب السلسل وكيفية علاجه:

- قياس الضغط داخل المستقيم باستخدام البالونات.

- عمل تصوير بالأشعة السينية أثناء عملية التبرز.

- الرسم الكهربائى لعضلات الشرج والحوض.

- الفحص بالموجات فوق الصوتية لمنطقة الشرج.

العلاج..

يعتمد علاج السلسل بالدرجة الأولى على علاج المرض الأصلى الذى أدى إلى عدم القدرة على التحكم فى عملية التبرز، وهناك قواعد تفيد إلى حد كبير فى العلاج، ومنها على سبيل المثال:

- تناول أطعمة قليلة الفضلات، وذلك للإقلال من حجم وكمية المواد البرازية.

- استخدام الألياف بغرض زيادة حجم المواد البرازية دون أن يتبع ذلك تناول المياه مما يؤدى إلى صلابتها.

- الامتناع عن تناول اللبن الحليب والمواد السكرية المركبة التى لا تمتصها الأمعاء ويؤدى تخمرها إلى الإسهال الأسموزى.

- تنشيط عملية التبرز فى وقت محدد ومناسب، ويفضل أن يكون ذلك بعد تناول الطعام، مع استخدام حقنة شرجية وملينات لتنشيط حركة القولون فى نفس اللحظة، حتى يتم التفريغ الكامل للمستقيم والقولون فى الوقت الذى يحدده المريض ويبقى خالياً من الفضلات بعد ذلك ولمدة طويلة.

- استعمال العقاقير التى تقلل من حركة القولون مثل مضادات الأسيتيل كولين والبلادونا ومشتقات الأفيون مثل «اللوبيراميد» «والدايفينوكسيلات». وقد استحدثت فى الآونة الأخيرة أجهزة لتدريب المريض على تنشيط عملية الإحساس فى المستقيم وتنشيط الألياف العضلية المحركة لعضلات الشرج.

- كما أنه توجد بعض الجراحات التكميلية التى تجرى فى منطقة الشرج وتساعد بدرجة جيدة فى علاج السلسل.

النزيف الحاد من القولون

التعريف..

نزيف الجهاز الهضمى الحاد هو أحد الأعراض المهمة والخطيرة والشائعة، والتى ينصح المصابون بها بالتوجه فوراً إلى المستشفيات، إذ قد يحتاج المريض للعناية الفائقة فى أقسام رعاية الحالات الحرجة والمتخصصة فى علاج نزيف الجهاز الهضمى.

وفى هذه الأقسام، يتم الاهتمام بالحالة العامة للمريض، وتقدير حجم النزيف من الأعراض التى تظهر على المريض. وبعد قياس ضغطه وتحليل دمه، قد يحتاج المريض إلى الأدوية التى تساعد على وقف النزيف وتجلط الدم وإجراء نقل دم له بالكميات المناسبة، وعمل كل ما يمكن أن يساعد على استقرار حالته والمحافظة على حياته إلى أن يتم تحديد مصدر النزيف، حيث يعتبر هذا خطوة أساسية يعتمد عليها تطبيق الوسيلة المثلى للعلاج.

والدم الذى خرج من الشرج له مصدران:

- نزيف من الجهاز الهضمى العلوى، وأسبابه تبدأ بالفم وحتى نهاية الاثنا عشرى، ويميزه تلون البراز باللون الأسود الذى يشبه «القار» أو «الزفت».

- نزيف من الجهاز الهضمى السفلى، وأسبابه من الأمعاء الدقيقة والقولون ومنطقة الشرج، ويميزه وجود دم أحمر فاتح يعرفه العامة «بالدم الحى».

ولهذه القاعدة الخاصة بلون البراز وعلاقة ذلك بمصدره بعض الاستثناءات:

- فهناك البراز الأسود الذى يشبه «القار» أو «الزفت» وقد ثبت وجود سبب له فى الأمعاء الدقيقة والجهة اليمنى من القولون. كما وجد أن النزيف الحاد من الجهاز الهضمى العلوى إذا كان بكميات هائلة، فإنه يؤدى إلى تنشيط حركة الأمعاء وسرعة

وصول الدم إلى القولون وخروجه من الشرج قبل أن يطرأ عليه أى تغير فى لونه الأحمر الفاتح.

وهذا النوع من النزيف الشديد عادة ما تصاحبه تغيرات حيوية واضحة، مثل شحوب الوجه وتصبب العرق وسرعة النبض وهبوط الضغط إلى حد حدوث صدمة.

ونزيف الجهاز الهضمى السفلى تلقائى التوقف فى أغلب الأحيان، ولكنه أيضاً متكرر الحدوث، وهو أقل تهديداً لحياة المريض عن النزيف من الجهاز الهضمى العلوى.

وأكثر الأشخاص عرضة للمشكلات الخطيرة التى تترتب على النزيف هم كبار السن، حيث غالباً ما يعانون من مشكلات بالدورة الدموية والقلب.

الأسباب...

يرجع حدوث النزيف من القولون إلى أسباب متعددة، منها ما هو شائع بين الناس، ومنها ما هو نادر الحدوث. ومنها أيضاً ما يخص الأطفال والبالغين، ومنها ما يكثر حدوثه فى المسنين. ويجب وضع ذلك فى الاعتبار عند التعامل مع المريض.

وتتمثل هذه الأسباب فى:

- جيوب القولون.
- تجمعات للأوعية الدموية فى نسيج غير طبيعى (انجيوديسيلازيا).
- أورام القولون، وأهمها الزوائد اللحمية، وسرطان القولون والمستقيم.
- الالتهابات التقرحية بالقولون بأسبابها المختلفة.
- تقرح القولون الناتج عن قصور الدورة الدموية.
- التقرح الناتج عن تناول أدوية لعلاج الأمراض الروماتيزمية.
- التهابات القولون المعدية ـ بكتيرية أو طفيلية.
- نزيف ما بعد استئصال الزوائد اللحمية بالقولون.
- التهاب القولون وتقرحه الناتج عن العلاج الإشعاعى لأورام البطن أو القولون.
- التقرح الناتج عن تراكم وانحشار قطع برازية صلبة فى المستقيم والقولون.

ـ تكون النواسير بين أحد الشرايين الرئيسية مثل الأبهر أو الأورطى، أو فى الأمعاء، بعد إجراء بعض الجراحات.

ويختلف سبب النزيف من الشرج باختلاف سن المريض: ففى الأطفال وصغار السن من البالغين، يكون السبب الأكثر شيوعاً هو نزيف من الزوائد اللحمية ونزيف الالتهابات التقرحية للقولون والأمعاء. وفى البالغين حتى سن الستين عاماً، يكثر النزيف نتيجة لوجود جيوب القولون والالتهاب التقرحى والأورام.

أما فى من جاوزوا الستين عاماً، فتعزى الأسباب الشائعة لحدوث النزيف إلى وجود تجمعات للأوعية الدموية وأورام وجيوب وتقرح ناتج عن قصور فى الدورة الدموية بالقولون.

وأيا كان سبب النزيف من القولون، فالإجراءات التى تتخذ حيال المريض واحدة فى جميع الأحوال. ولما كان تحديد مصدر النزيف ومعرفة السبب الذى أدى إليه هو الأساس الذى تبنى عليه خطة العلاج السليمة، فإن ذلك يستوجب بداية الاستماع الجيد المدقق للمريض. وضرورة سؤاله عن مدى تناوله لبعض الأدوية ذات العلاقة المؤكدة بحدوث النزيف، مثل أدوية علاج الأمراض الروماتيزمية والعقاقير التى تستخدم لزيادة سيولة الدم. كما ينبغى سؤاله لمعرفة احتمالات وجود أسباب أخرى قد تؤدى إلى قصور فى الدورة الدموية، مثل: تعرضه للعلاج بالإشعاع على منطقة البطن أو إجرائه حديثاً لعمليات استئصال لزوائد لحمية بالقولون عن طريق المنظار أو إجرائه جراحة حديثة على الشريان الأورطى.

الأعراض

من الملاحظات المهمة التى ينبغى على المريض والطبيب على السواء الانتباه إليها بشدة:

ـ وجود دم أحمر ناتج على سطح قطع برازية طبيعية الشكل غالباً ما يعنى نزيفاً مرجعه سبب فى منطقة الشرج.

ـ وجود دم أحمر مختلط بقطع برازية متماسكة القوام يعنى أن النزيف منبعه من

مصدر أعلى من منطقة الشرج فى المستقيم أو القولون السينى.

ـ حدوث تغير فى نمط عملية الإخراج يصاحبه نقص فى الوزن يجعل احتمال وجود الأورام على قمة الأسباب المرجحة.

ـ الآلام المبرحة بالبطن التى تسبق حدوث النزيف، خصوصاً فى كبار السن،تشير إلى احتمال وجود قصور فى الدورة الدموية بالأمعاء.

ـ وجود ارتفاع فى درجة الحرارة يصاحبه الإسهال يشير إلى التهاب القولون والأمعاء وتقرحهما.

ـ ولا يفوتنا هنا ذكر النزيف الذى قد يصاحب الحمى التيفودية، والتنبيه على ضرورة مراعاة أن وجود نزيف من القولون لدى أحد أقرباء المريض يشير إلى احتمال وجود عيب خلقى فى الشرينات أو وجود زوائد لحمية أو أورام خبيثة.

التشخيص

توافرت فى السنوات الأخيرة عدة وسائل للتشخيص المؤكد لسبب النزيف، بل وأصبح من الممكن باستخدام هذه الوسائل العمل على إيقاف النزيف مع إجراء التشخيص فى آن واحد.

وأهم هذه الوسائل وبلا جدال، هو استخدام مناظير الألياف الزجاجية، حيث تأكد أنه من الممكن إجراء فحص للقولون بالمنظار بصفة عاجلة بعد التحضير السريع من خلال التنظيف الجيد للقولون مما به من فضلات مختلطة بالدم ومن جلطاته. وبذلك يمكن رؤية مكان النزيف والتعامل معه.

والفحص بمنظار المرىء، والمعدة والاثنا عشرى أمر أساسى لا غنى عنه عند الشك فى تحديد مصدر النزيف من الجهاز الهضمى العلوى.

والوسيلة الثانية إذا ما تعذر إجراء الفحص بالمناظير أو كان من الصعب التعرف على سبب النزيف، هى الفحص بالنظائر المشعة.

ويتم ذلك بتتبع مسار كرات الدم الحمراء فى المريض باستخدام «الجاما كاميرا» بعد حقنة بمادة «التكنيشوم المشع» عن طريق الوريد، حيث يمكن تحديد مصدر

النزيف، ولكن أثناء حدوثه فقط، وهذا ما يقلل من قيمة هذا الفحص.

والوسيلة الثالثة، هى تلوين شرايين البطن عن طريق إدخال قسطرة من الشريان الرئيسى للساق، ثم تصوير هذه الشرايين بالأشعة السينية. وهذه طريقة جيدة يمكن من خلالها التعرف على مصدر النزيف أثناء حدوثه والتعرف على بعض أسبابه ـ حتى بعد توقفه ـ مثل وجود بعض التغيرات الخلقية فى «الشرينات» والأورام وقصور الدورة الدموية. وتوفر هذه الوسيلة إمكانية إجراء بعض التداخلات بغرض وقف النزيف، مثل حقن بعض المواد المجلطة.

ولم يعد الفحص بأشعة الباريوم للقولون أمراً وارداً. ونظراً لأنه قد يعوّق استخدام المناظير لعدة أيام بعد إجراء هذا الفحص، فلا يمكن إجراؤه إلا بعد توقف النزيف.

العلاج..

هناك وسائل مختلفة لعلاج النزيف من القولون:

أولاً: عن طريق منظار القولون

يتم استخدام وسائل تعمل على تجلط الدم مثل المسبار الساخن أو أشعة الليزر ـ «الأرجون بلازما». وقد يستخدم الحقن الموضعى لمادة الإدرينالين. وهناك الربط المطاطى لمنطقة النزيف أو باستخدام مشابك دقيقة يتم إدخالها بالمنظار لوقف النزيف.

ثانياً: التدخل بالأشعة

ويتم كما ذكر من قبل، عن طريق حقن مواد قابضة أو مجلطة فى المنطقة التى يحددها تصوير الشرايين بالأشعة.

ثالثاً: العلاج الجراحى

يتمثل فى استئصال جزء من الأمعاء يكون به السبب الذى أدى إلى النزيف بعد تشخيص هذا السبب وعدم توقف النزيف بالوسائل سالفة الذكر.

وفى نهاية الحديث عن نزيف الجهاز الهضمى السفلى، نحب أن ننبه القارئ إلى

مراعاة بعض النقاط المهمة:

- فى بعض الأحيان يكون نزيف لا تراه العين وتظهر أعراضه فى صورة شحوب ومظاهر فقر الدم، مما يستلزم التأكد من ذلك بفحص البراز للكشف عن الدم المختفى، ثم البحث بعد ذلك بكل الوسائل عن مصدر النزيف الذى قد يكون مرضاً خطيراً، يجب عدم إهمال تشخيصه.

- فى كثير من الأحيان يعتقد المريض أن مصدر النزيف هو البواسير أو وجود شرخ بالشرج، ويترتب على ذلك التراخى فى عرض نفسه على الطبيب، ثم يتضح بعد ذلك أن السبب شيء آخر تماماً حتى مع وجود هذه البواسير.

- هناك أيضاً خطأ شائع بين كثير من الناس، فعندما يصابون بالتعنيه مع خروج البراز مصطبغاً بالدم يساورهم الاعتقاد أنها أعراض للدوسنتاريا ويستمرون فى تناول بعض العقاقير على هذا الأساس، ثم يتضح بعد ذلك أن السبب كان شيئاً آخر تماماً. بل وقد يكون هناك أيضاً سبب خطير مثل وجود أورام، وعلى ذلك، فلا ينبغى لأى شخص أن يتراخى فى عرض نفسه على الطبيب إذا ما طالت شكواه عن أسبوع من تناوله للعلاج مما يعتقد أنه دوسنتاريا، حيث يجب فى هذه الحالة المبادرة بإجراء فحص بالمنظار للمستقيم والقولون.

❀ ❀ ❀

الفهـــرس

المقدمـة	5
وصف الجهاز الهضمى	9
الجهاز العصبى المعوى	10
الجهاز العصبى المركزى	11
القولون: وصفه التشريحى ووظائفه	14
التركيب التشريحى لجدار القولون	16
وظيفة القولون وحركيته	16
الإمســاك	19
أولاً: الإمساك الوظيفى	20
عادات أخرى تؤدى للإمساك الوظيفى	22
ثانياً: الأمراض العامة المسببة للإمساك	23
ثالثاً: الإمساك والعقاقير المتداولة	23
رابعاً: الإمساك وأمراض القولون الذاتية	24

المسهّلات والمليّنات 27
الانتفاخ وكثرة غازات البطن 30
الأطعمة المسببة لكثرتها 32
انتفاخ البطن الوظيفى 34
الأسباب المرضية للانتفاخ 35
القـولـون والقولون العصبى 37
التركيب الدقيق لأنسجة القولون 41
الجهاز العصبى للقولون 42
وظيفـة القـولـون 43
القولون العصبى 47
أعراض القولون العصبى 5
أسباب القولون العصبى 48
علاقة القولون بالأمراض النفسية 58
أسباب اضطراب القولون 61
القولون عصبى: لماذا؟ 66
الـدوسنتاريـا 70
مرض القولون الحويصلى الحبيبى 75
التهاب القولون التقرحى 76

التهاب الزائدة الدودية 77

الأورام والقولون 79

مريض القولون العصبى.. ماذا يأكل؟ 81

القولون العصبى والحليب وأسباب العلاج 87

الإمساك والقولون العصبى 92

أمراض القولون.. التهاب القولون التقرحى ومرض كرون 99

أولاً: التهاب القولون التقرحى 101

ثانياً: مرض «كرون» 109

انسداد القولون 113

سلسل البراز 115

التحكم فى التبرز 115

أسباب السلس 116

الأسباب الأولية 116

الأسباب الثانوية 117

النزيف الحاد من القولون 119

الفهرس 125